



No parto, uma gestação de baixo risco pode tornar-se de alto risco em questão de minutos, necessitando de cuidados obstétricos de urgência que podem não estar disponíveis no ambiente doméstico. Um exemplo clássico é a distocia de ombro, um evento imprevisível que ocorre em 1,4% de todos os partos vaginais.

# O parto em casa fortalece as mulheres ou as expõe junto com seus bebês?

Qual é a segurança do parto em casa? Falta de confiança no sistema médico, medo da cesariana e outras variáveis afetam a decisão de uma mulher sobre o local onde dará à luz seu bebê?

## Erin E. Tracy, MD, MPH

Dr. Tracy é médica no Departamento Vincent de Obstetria e Ginecologia do Hospital Geral de Massachusetts e Professora Assistente de Obstetria, Ginecologia e Biologia Reprodutiva da Faculdade de Medicina de Harvard, em Boston.

A autora não relata qualquer relacionamento financeiro relevante para este artigo.

Poucos assuntos em Obstetria alimentam tanta controvérsia quanto o parto em casa – e onde há controvérsia, há atenção da imprensa. Reportagens sobre uma declaração de 2008 da política sobre partos domiciliares, publicada pela Associação Médica Americana (AMA) e pelo Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (CAOG), ilustram a desavença entre o sistema médico formal e os defensores do parto em casa.

De um lado, a AMA e o CAOG afirmam que o hospital ou uma maternidade acreditada “são o ambiente mais seguro para o trabalho de parto, para realização de partos e o puerpério imediato.”

Por outro lado, defensores do parto em casa argumentam que dispor da opção fortalece o poder de decisão e de escolha da mulher.

Algumas pessoas acusaram a comunidade médica de tentar monopolizar a “indústria de partos.” O título de um recente artigo publicado no Baltimore Sun exacerba esse sentimento: “Batalha do parto em casa: Médicos forçam as mulheres a se afastarem da alternativa saudável em direção ao cuidado hospitalar.”

Nem o CAOG nem a AMA defendem a criminalização dos partos em casa, mas suas declarações sobre partos domiciliares geraram considerável receio de que ainda vão fazer isso.

O artigo explora a polêmica, concentrando-se na literatura sobre partos em casa, falhas de conhecimento no assunto, a regulamentação, ligação com parteiras e outras questões. Também oferece sugestões de como discutir o trabalho de parto e o parto com as pacientes para que possam compreender claramente quais são os riscos envolvidos e não se sentirem “fracassadas” ao optarem pelo parto hospitalar.

## NESTE ARTIGO

**A evidência sobre parto na água é obscura?**

**página 47**

**Declarações da AMA e do CAOB sobre parto em casa**

**página 49**

**Parto em casa como forma de evitar a cesariana?**

**página 50**

## O aumento nos partos hospitalares reduziu a mortalidade materna?

O cuidado em obstetrícia mudou dramaticamente em meados do século 20. Em 1940, 55,8% dos partos ocorriam no hospital, mas essa porcentagem aumentou para 99,4% em 1970 e não mudou significativamente desde então.<sup>6</sup>

Alguns defensores do parto hospitalar observam que em 1940, quando 44% dos nascimentos ocorriam fora dos hospitais, a taxa de mortalidade materna era de 608 mortes para cada 100.000 nascimentos de bebês vivos, em comparação com 37 mortes a cada 100.000 nascimentos de bebês vivos em 1960, quando menos de 4% dos partos ocorriam fora do hospital.<sup>6</sup> E em 2003, quando apenas 1% dos partos ocorria no ambiente doméstico, a taxa de mortalidade materna era ainda mais baixa: 12 mortes para cada 100.000 nascimentos de bebês vivos.<sup>7</sup>

Outros argumentam que esta redução acentuada da mortalidade materna não pode ser atribuída somente à mudança do local do parto (e a respectiva disponibilidade de serviços e pessoal), mas reflete o avanço universal de práticas seguras como a assepsia.<sup>8</sup>

O que mostram os dados? Todos os estudos sobre parto em casa tem sérias falhas de metodologia, em grande parte devido à natureza do tema. Uma recente revisão feita pela Cochrane observa que há apenas um estudo randomizado, controlado – com um tamanho amostral de apenas 11 mulheres – para tirar conclusões.<sup>9</sup> A revisão conclui que “não há evidência forte em favor do parto em casa ou hospitalar para mulheres selecionadas, grávidas de baixo risco.”<sup>10</sup>

## A maioria dos dados vem do exterior

Boa parte da literatura sobre partos em casa é proveniente de centros internacionais por causa da prevalência mais alta de partos em casa em outros países. Esses dados revelam que:

Dois por cento dos partos no Reino Unido ocorrem em casa.<sup>11</sup> O Instituto Britânico Nacional de Saúde e Excelência Clínica recomendou que fosse oferecida a todas as mulheres a opção de ter seu bebê em casa ou no hospital, embora, dependendo da “cooperativa” (um sistema público cooperativo com base geográfica que fornece serviços de saú-

de), de 8% a 76% das mulheres não recebam a opção de escolha formalmente.<sup>12</sup>

Um estudo conduzido na Suíça envolveu 489 mulheres que optaram pelo parto em casa e 385 que escolheram o parto hospitalar. Do primeiro grupo, 37 foram encaminhadas a um especialista durante a gravidez e 70 foram encaminhadas durante o parto. Os grupos tiveram peso ao nascer, idade gestacional e condições clínicas semelhantes.<sup>13</sup>

Nos Países Baixos, 30% dos bebês nascem em casa.<sup>14</sup> Se uma mulher tem uma gravidez descomplicada, ela permanece sob os cuidados de uma parteira e pode decidir onde dará à luz. Um estudo com 280.000 mulheres de “baixo risco” sob o cuidado primário de parteiras descobriu que 68,1% completaram o parto sob este cuidado, 3,6% foram encaminhadas para atendimento de urgência e 28,3% foram encaminhadas para atendimento sem urgência.<sup>14</sup> Quando se considera o total de encaminhamentos, 11,2% envolveram urgência, principalmente quanto a sofrimento fetal (50,2%) e hemorragia pós-parto (33%). Desfechos neonatais adversos foram mais comuns em casos de encaminhamento de urgência, seguidos de encaminhamentos não-urgentes. Os autores reconhecem a importância do tempo de transporte uma vez iniciado o encaminhamento, dizendo que “Os Países Baixos são um país de alta densidade populacional onde a distância média até o hospital é relativamente curta.” (O mesmo não se pode dizer de muitas regiões rurais americanas).

Um estudo envolvendo partos em casa na Austrália de 1985 a 1990 identificou 50 mortes perinatais de um total de 7.002 partos em casa planejados.<sup>15</sup> A taxa de morte perinatal de bebês pesando mais de 2.500 g excedeu a média nacional (5,7 versus 3,6 a cada 1.000 partos), com um risco relativo (RR) de 1,6 (95% de intervalo de confiança [IC], 1,1 – 1,4). Morte intraparto não atribuível à prematuridade ou má-formação fetal também foi mais alta (2,7 versus 0,9 a cada 1.000 partos), com um RR de 3,0 (95% IC, 1,9 – 4,8). De acordo com os autores, os fatores que mais contribuíram para o excesso de mortalidade foram o menosprezo pelos riscos associados com parto pós-termo, gravidez gemelar, apresentação pélvica e a falta de resposta ao sofrimento fetal.



**Entre 1940 e 1970, a porcentagem de nascimentos hospitalares aumentou de 55,8% para 99,4%**

## As evidências sobre parto na água são obscuras demais?

No verão de 1999, uma mulher deu à luz um bebê de 7,7 libras (3,480 kg) após 42 semanas de gestação. O nascimento ocorreu na casa da mulher no Japão e o parto foi realizado em uma banheira de água morna. A mulher havia tido uma gravidez sem complicações e o bebê parecia perfeitamente normal.

Quatro dias depois, a criança desenvolveu febre e icterícia e foi hospitalizada, sendo tratada com fototerapia. Ela melhorou, mas os sintomas voltaram 3 dias depois e ela começou a vomitar. Oito dias após o nascimento, ela sofreu uma parada cardiorrespiratória e morreu. Uma autópsia revelou que a causa da morte foi legionelose – infecção por *Legionella pneumoniae*. A fonte mais provável foi a banheira na qual ela nasceu.<sup>43</sup>

Outros relatos de caso descrevem tragédias semelhantes associadas com parto na água (entre outras, afogamento, infecção e rotura de cordão umbilical), mas nenhum estudo clínico randomizado comparou sistematicamente partos na água com partos convencionais. A morte, a morbidade e a falta de dados preocuparam tanto os membros da Academia Americana de Pediatria que o Comitê de Feto e Recém-Nascidos emitiu um alerta em 2005:

A segurança e a eficácia do parto na água não foram estabelecidas. Não há evidências convincentes do benefício para o neonato, mas sim alguma preocupação quanto a danos sérios. Por isso, o parto na água deve ser considerado como um procedimento experimental que não deve ser realizado exceto no contexto de um estudo clínico randomizado, adequadamente desenhado e após o consentimento informado dos pais.<sup>44</sup>

Este aviso contrasta com a conclusão da mais recente revisão feita pela Cochrane sobre o assunto, que relatou que “a imersão em água durante o primeiro estágio do trabalho de parto reduz significativamente a percepção de dor da mulher e o uso de anestesia peridural/espinal.”<sup>45</sup> A revisão observou também, entretanto, que “não foram



LEGENDA DA FOTO: Nenhum estudo explorou a imersão na água durante o terceiro estágio do trabalho de parto. 2009 © EDDIE LAWRENCE / PHOTO RESEARCHERS, INC.

localizados estudos que tivessem avaliado a imersão de mulheres em água durante o terceiro estágio do trabalho de parto.”<sup>45</sup>

### O que há naquela água?

Amy Tuteur, MD, obstetra-ginecologista que publica um popular blog (“O Obstetra Cético”), dedicou-se ao assunto parto na água no início do ano passado. “O que há na água do parto realizado na água?” ela pergunta.<sup>46</sup>

Para responder a esta pergunta, a Dra. Tuteur cita um estudo de 1999 com 4.030 partos na água, que descobriu que 35 bebês sofreram morbidade séria e três morreram – embora não esteja esclarecido se as mortes foram um resultado direto do parto na água. “Entretanto, dos 32 sobreviventes internados no CTIN”, escreve a Dra. Tuteur, “13 tiveram problemas respiratórios significativos, inclusive pneumonia, aspiração de mecônio, aspiração de água e afogamento. Outras complicações atribuíveis ao parto na água incluem cinco bebês que tiveram hemorragia importante devido à rotura do cordão umbilical. Ao todo, 18 bebês tiveram complicações sérias diretamente atribuíveis ao parto na água.”<sup>47</sup>

A Dra. Tuteur também aponta a má qualidade da água em banheiras destinadas para partos, argumentando que ela é “essencialmente água de banheiro.”<sup>48</sup> “A água em uma banheira de partos, aquecida na temperatura corporal, ideal para o crescimento bacteriano, é um paraíso para os

micróbios,” ela escreve.<sup>46</sup> Ela cita um estudo de 1.500 partos na água que incluiu a análise da água encontrada em banheiras de partos (antes de qualquer pessoa entrar na água) que identificou:

- Coliformes em 21% das amostras
- Enterococos em 19% das amostras
- Escherichia coli em 10% das amostras
- Legionella pneumophila em 12% das amostras
- Pseudomonas aeruginosa em 11% das amostras.<sup>48</sup>

Após a instalação de um filtro de água especial, a contaminação diminuiu, mas não desapareceu completamente.

Não apenas as banheiras do ambiente doméstico estavam contaminadas; algumas banheiras de hospitais também estavam infectadas.

### Qual é o resultado final?

O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas ainda precisa se juntar à discussão sobre o assunto. Até que faça isso, os obstetras-ginecologistas devem ter a sabedoria de prestar atenção nas palavras da Dra. Ruth Gilbert, MD, do Centro de Epidemiologia e Bioestatística Pediátrica do Instituto de Saúde Infantil de Londres.

“Pode o parto na água provocar sérios desfechos adversos?” ela pergunta, retoricamente, ao que parece.

“Incontestavelmente, a resposta é ‘sim’.”<sup>49</sup>

» JANELLE YATES, EDITORA SÊNIOR

## Os dados de que dispomos são difíceis de interpretar

Entre as limitações dos estudos sobre partos em casa estão:

- Falta de acompanhamento após o parto
- Variação internacional das definições de mortalidade perinatal
- Falta de clareza em relação à identidade e formação dos responsáveis pelos partos
- O fato de que frequentemente “há um número baixo demais de óbitos neonatais dos quais se podem extrapolar cálculos de taxas confiáveis.”<sup>16</sup>

Uma metanálise mostrou uma taxa de transferência intraparto variando de 7,4% a 16,5%, e uma taxa de cesariana primária de 1,4% a 17,7% (era 13,8% a 28,25% no “grupo de comparação”).<sup>16</sup>

Um desafio inerente em muitos desses estudos é identificar com exatidão qual é o grupo de comparação. Além disso, alguns dados são obtidos de resumos dos prontuários de alta, que nem sempre refletem o nível de risco ou acuidade.

## Estudo frequentemente citado tem fragilidades

O estudo que muitos defensores do parto em casa citam foi realizado nos Estados Unidos e Canadá e publicado em 2005.<sup>17</sup> Ele avaliou “todas as 5.418 mulheres que esperavam ter partos no ano 2000 com a ajuda de parteiras portadoras de uma certificação comum [parteira profissional certificada] e que planejavam ter partos em casa no início do trabalho de parto.” A taxa de transferência hospitalar foi de 12,1%, em linha com outros estudos. O risco de desfechos adversos foi mais baixo no grupo que planejou um parto em casa, em comparação com um “grupo hospitalar de risco relativamente baixo.”

O estudo concentrou-se em:

- Monitoramento fetal eletrônico, usado em 9,6% dos partos no grupo de parto em casa, versus 84,3% do grupo hospitalar
- Episiotomia, realizada em 2,1% dos partos em casa, em comparação com 33% dos partos hospitalares
- Cesarianas, 3,7% dos partos em casa planejados, versus 19% dos partos hospitalares

- Parto vaginal por extração a vácuo, realizado em 0,6% dos partos em casa planejados, versus 5,5% dos partos hospitalares
- Morte neonatal, a uma taxa de 2,0 das mortes a cada 1.000 partos em casa pretendidos. Não foi citado nenhum número comparativo.

Uma das fragilidades deste estudo, como de outros, era a identificação de um grupo de comparação, como uma população de “baixo risco” sem dados para sustentar esta designação. Além disso, este estudo derivou seus dados de certidões de nascimento de 3.360.868 bebês, nascimentos com apresentação cefálica na 37ª semana de gestação ou mais. Dados de certidões de nascimento são limitados como base para uma avaliação de risco precisa. Além disso, embora os autores deste estudo atestassem que não tinham conflito de interesses, a pesquisa foi financiada pela Foundation for the Advancement of Midwifery (Fundação para o Avanço do Trabalho de Parteiras).

## Estudo citado pelos defensores do parto hospitalar também tem falhas

Um dos estudos que muitos dos defensores dos hospitais e maternidades citam foi publicado em 2002.<sup>18</sup> Ele envolveu a análise de informações de registros de nascimentos de gravidezes descomplicadas de bebês únicos na 34ª semana de gestação ou mais no estado de Washington entre 1989 e 1996.

Estas gravidezes:

- Resultaram em parto em casa realizado por um profissional de saúde (n = 5.854)
- Foram transferidas para instalações médicas após tentativa de parto em casa (n = 279)
- Foram planejadas para partos hospitalares (n = 10.593).

Os bebês cujas mães planejaram ter um parto em casa tiveram risco mais alto de morte neonatal (RR, 1,99; IC 95%, 1,06–3,73) e um risco mais alto de obter um escore menor do que 3 na Escala de Apgar de 5 minutos (RR, 2,31; IC 95%, 1,29–4,16). Após um ajuste para um corte de idade gestacional de 37 semanas, estes riscos permaneceram semelhantes.



**A taxa de óbito neonatal para partos em casa não-planejados na Carolina do Norte e Kentucky era 18 a 20 vezes mais alta do que a taxa de partos em casa planejados**

Mulheres nulíparas, particularmente, tiveram um risco mais alto de trabalho de parto prolongado (RR, 1,73; IC 95%, 1,28–2,34) e sangramento pós-parto (RR, 2,76; IC 95%, 1,74–4,36).

Os próprios autores apontam para uma potencial falha neste estudo: o uso de dados de certidões de nascimento. Esses dados criam “o potencial de classificação equivocada de partos em casa não-planejados como partos em casa planejados.” A diferença em desfechos poderia ser significativa. Por exemplo, uma taxa de óbito neonatal para partos em casa não-planejados na Carolina do Norte e no Kentucky era 18 a 20 vezes mais alta do que a taxa de partos em casa planejados nestes estados.<sup>19,20</sup>

Um estudo do estado de Missouri observa que a mortalidade neonatal foi elevada tanto para partos em casa planejados quanto não-planejados, em comparação com um parto hospitalar com assistência de um médico.<sup>21</sup>

### Viés de seleção é uma preocupação

Viés de seleção é uma dificuldade inerente em muitos desses estudos. À exceção de um trabalho mencionado anteriormente – um estudo muito pequeno – nenhuma das pesquisas envolve randomização. O resultado disso é que não podemos excluir a possibilidade de que “mulheres que optam por partos em casa ou em uma maternidade têm probabilidade de ser diferentes em termos de expectativas e abordagem daquelas que optam por partos hospitalares.”<sup>22</sup>

### O nível de risco pode aumentar rapidamente

Potencialmente preocupante em relação ao parto em casa é o fato de que uma gravidez de baixo risco livre de complicações durante o pré-natal pode tornar-se uma gravidez de alto risco em questão de minutos, necessitando de cuidado obstétrico urgente e adequado. Alguns exemplos clássicos de eventos urgentes incluem **prolapso do cordão, hemorragia pós-parto, sangramento da vasa prévia e distocia do ombro**.

Concentremo-nos na distocia de ombro, que ocorre em 1,4% de todos os partos vaginais. Os autores de um estudo apontam que “a maioria dos fatores de risco tradicionais

## Declarações da AMA e do CAOB sobre parto em casa

Embora o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (CAOB) tenha reiterado sua oposição ao parto doméstico no início de 2008, sua posição sobre o assunto não mudou desde 1979.<sup>50</sup> Em um comunicado à imprensa em que apresenta essa posição, o CAOB reconheceu “o direito da mulher de tomar decisões informadas sobre seu parto e de ter a opção de escolha de seu provedor de saúde”, mas deixou claro que o CAOB “não apoia programas que defendem, ou indivíduos que praticam, partos em casa.”<sup>3</sup>

A instituição enfatizou sua oposição com exatidão, dizendo: “Optar por um parto em casa ... é colocar o processo de dar à luz acima do objetivo de ter um bebê saudável.”<sup>3</sup>

### Resolução da AMA inclui o raciocínio por trás da oposição

A Associação Médica Americana (AMA) elencou várias variáveis para enfatizar a necessidade de uma política clara sobre parto doméstico:

- O fato de que 21 estados “atualmente credenciam parteiras para realizar partos em casa, todos usando a credencial de parteira profissional certificada (CPM ou parteira ‘leiga’), não a credencial de parteira certificada (CM) reconhecida tanto pelo Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas quanto pelo Colégio Americano de Enfermeiras Parteiras”
- Considerável atenção da imprensa a celebridades que tiveram partos em casa
- O fato de que uma “gravidez ou parto aparentemente descomplicados podem rapidamente tornarem-se muito complicados em termos de hemorragia materna, distocia do ombro, eclampsia ou outras emergências obstétricas.”<sup>1</sup>

Tanto o CAOB quanto a AMA consideram que os seguintes locais se classificam na categoria “hospital”:

- Uma maternidade localizada no “interior de um complexo hospitalar, que atende aos padrões estabelecidos em conjunto pela Academia Americana de Pediatria e pelo CAOB”
- “Uma maternidade independente que atende aos padrões da Associação de Acreditação de Atendimento Ambulatorial, da Comissão Conjunta ou da Associação Americana de Maternidades.”<sup>3</sup>

para distocia de ombro não tem valor preditivo, a distocia de ombro em si é um evento imprevisível e é virtualmente impossível prevenir o risco de bebês quanto a danos permanentes.”<sup>23</sup> Isso pode tornar o parto em casa uma aventura de alto risco por causa da incapacidade de mobilizar uma equipe de obstetrícia para ajudar nas manobras de distocia do ombro ou realizar a manobra de Zavanelli.

Outra variável desconsiderada na maioria dos estudos é a velocidade de transferência e os desfechos de gravidezes nas quais as mulheres pretendiam ter partos em casa, mas que terminaram precisando de transferência urgente. Um estudo que analisou este cenário relatou que “mulheres que programaram um parto casa, mas que depois precisaram transferir seu atendimento para um parto hospitalar pareciam ter o risco mais alto de mortalidade perinatal relacionada ao intraparto.”<sup>24</sup>

## Parto em casa como forma de evitar a cesariana?

Muitos formuladores de políticas condenam publicamente a alta prevalência de cesarianas nos Estados Unidos e argumentam que os provedores que não realizam este procedimento oferecem uma alternativa de baixo custo para o cuidado obstétrico.<sup>36</sup> Alguns defensores da cesariana primária eletiva argumentam que ela protege o períneo, mas essa questão está em grande parte ausente do debate sobre parto em casa. Também não vi nenhum estudo que aborde os resultados de longo prazo em mulheres que dão à luz em casa, uma vez que a maior parte da coleta de dados termina após o parto.

Essa omissão me preocupa quando vejo entrevistas de parteiras que duvidam da existência da desproporção fetopélvica, e que afirmam coisas como, “Você pode extrair um bebê do buraco de um nó” e “Nunca vi uma [pelve] que não seja grande suficiente.”<sup>37</sup>

Se as pacientes são encorajadas a prolongar o segundo estágio do trabalho de parto, isso terá um efeito nocivo sobre seu assoalho pélvico no futuro? Esta importante pergunta merece uma discussão mais profunda.

» ERIN E. TRACY, MD, MPH

NOTA DO EDITOR: Veja o item correlato, “Vídeo premiado incita mulheres a evitar cesariana”, em [obgmanagement.com](http://obgmanagement.com).

Há também alguma polêmica em relação ao parto de mulheres grávidas de gêmeos, que têm o bebê em apresentação pélvica ou que têm histórico de cesarianas. Um estudo analisou os desfechos de parto em casa pretendido por 57 mulheres que haviam tido um parto abdominal anterior.<sup>25</sup> Cinquenta dessas mulheres tiveram partos vaginais em casa e sete (12,3%) tiveram partos hospitalares. Uma transferência hospitalar era urgente em função de sofrimento fetal. Um bebê nasceu morto, em parto em casa.

Um estudo prospectivo de 10 anos de partos normais após cesarianas (PNAC) em maternidades descobriu que mais de 50% das roturas uterinas e 57% das mortes perinatais envolveram os 10% de mulheres que haviam tido mais de uma cesariana anterior ou que atingiram idade gestacional de mais de 42 semanas.<sup>26</sup>

### Treinamento do profissional de saúde é importante

O treinamento e as qualificações do profissional de atendimento obstétrico são incrivelmente importantes. Um estudo avaliou 4.361 partos em casa realizados por “partei-

ras treinadas como aprendizes entre 1970 e 1985 e 4.107 partos em casa realizados por médicos de família entre 1969 e 1981”.<sup>27</sup> A taxa de mortalidade perinatal dos partos realizados por parteiras foi de 14 para cada 1.000 nascimentos, em comparação com 5 de cada 1.000 partos realizados por médicos.

Três tipos de parteiras são credenciadas neste país:

- Enfermeira-parteira certificada (CNM)
- Parteira certificada (CM)
- Parteira profissional certificada (CPM).

As primeiras duas categorias são certificadas pelo Conselho Americano de Certificação de Parteiras (AMCB). CNMs e CMs são submetidas a rigoroso treinamento e exames, e esta designação exige graduação nos anos seguintes. A categoria CPM, entretanto, exige treinamento bem menos rigoroso. Suas parteiras são certificadas pelo Registro Norte-Americano de Parteiras. As exigências clínicas para certificação como CPM incluem:

- A realização de no “mínimo de 20 partos”
- Controle de no mínimo 20 partos adicionais, dos quais no mínimo a metade em casa ou outro ambiente não-hospitalar
- A realização de um pequeno número de exames pré-natais, de recém-nascidos e de pós-parto.<sup>28</sup>
- Não é exigido diploma de ensino médio.

Suspeito que as preocupações sobre este processo de certificação tão frouxo contribuiu para a decisão do CAOB de emitir uma declaração de seu comitê executivo em 2006: “Ao mesmo tempo em que CAOB apoia mulheres na opção de determinar seus provedores de saúde, o CAOB não apoia o fornecimento de serviços de saúde por parteiras leigas ou outras parteiras não-certificadas pelo Colégio Americano de Enfermeiras-Parteiras (ACNM) ou AMCB.”<sup>29</sup>

Vários defensores das parteiras fizeram um esforço legislativo para expandir o licenciamento de CPMs no país, e o debate continua em cada estado.<sup>30</sup>

### A economia e outras variáveis afetam a decisão do parto

Alguns defensores do parto em casa observam que “o parto vaginal descomplicado médio custa 68% a menos em casa do que no hospital.”<sup>31</sup> Outros tentam organizar o apoio



**Certificação como parteira “leiga” ou profissional não exige diploma de ensino médio**

a mulheres que querem dar à luz em casa, como o Home Birth Hotline, uma organização voluntária, com sede no Reino Unido.<sup>32</sup>

Alguns artigos sugerem que a satisfação das pacientes tem importância significativa na decisão sobre o local do parto. Um observou que mulheres que deram à luz no local planejado tinham satisfação geral mais alta quando este local era o lar ( $P < 0,01$ ).<sup>33</sup>

Um estudo randomizado, controlado ( $n = 3.510$ ) simulou partos em casa em um hospital, com pacientes de “parto em casa” recebendo cuidado de uma parteira em um cômodo “semelhante a um de sua própria casa” e outras recebendo “cuidado realizado por especialista” em cômodos na sala de parto que contavam com equipamento para ressuscitar tanto a mãe quanto o bebê, bem como monitores e outras tecnologias.<sup>34</sup> Este estudo não encontrou diferenças significantes nos resultados avaliados, mas “geralmente níveis mais altos de satisfação” entre mulheres que tiveram partos em casa simulados.

Um estudo da “Escócia remota e rural” descreveu que a maioria das mulheres “expressou a preferência de dar à luz em um hospital e receber cuidado de um especialista porque se sentiam mais seguras.”<sup>35</sup>

## A retórica em torno do parto em casa “fortalece” as mulheres?

Outra questão frequentemente negligenciada é a retórica passional usada para descrever o parto em casa – e o efeito desta paixão em mulheres cujo plano de parto não ocorre conforme esperado. Palavras como “escolha” e “fortalecimento” são usadas com frequência. Infelizmente, há considerável falta de confiança no sistema médico.

Uma mulher descreve como seu parto em casa planejado, “influenciado pela literatura feminista,” deu errado.<sup>38</sup> Após um trabalho de parto prolongado, escreve, ela “queria apenas que o bebê saísse, seguro e saudável. Não importava mais como aconteceu... Eu não conseguia me livrar da sensação de que de alguma forma eu havia ‘falhado’...”<sup>38</sup>

Por causa do seu forte desejo de ter um parto em casa, essa mulher foi profundamente afetada quando o parto tornou-se difícil: “Eu não tinha autoridade para dizer se as várias intervenções médicas eram necessárias ou não, ou se meu caso era de fato

uma emergência médica... Confrontada com essas ‘opções’ – nascimento seguro ou morte potencial – como eu poderia considerar que estava fazendo uma ‘escolha’?... O obstetra tem mais poder do que a mulher porque ela/ele tem mais conhecimento.”<sup>38</sup>

Apesar de chegar a essa percepção, e de ter dado à luz um bebê saudável, ainda assim ela tinha uma “sensação de decepção e raiva” e “lembranças traumáticas.”

Minha preocupação é que as pacientes fiquem tão envolvidas pela retórica de seu próprio poder e escolha que, quando ocorrem eventos incontroláveis, a alegria de um parto saudável é ofuscada por uma profunda decepção.

## Debate acalorado não ajuda em nada

Uma cisão desastrosa parece ter se desenvolvido entre alguns membros da comunidade de parteiras e alguns médicos. O CAOB e o ACNM têm uma política tradicional que: “Nas circunstâncias em que obstetras/ginecologistas e enfermeiras-parteiras certificadas e parteiras certificadas colaboram no atendimento a mulheres, a qualidade das práticas torna-se melhor por um relacionamento profissional caracterizado pelo respeito mútuo e pela confiança.”<sup>39</sup>

Independentemente de os médicos individualmente concordarem ou não com a prática de parto em casa planejado, a saúde e o bem-estar da paciente devem estar acima de tudo. A Associação Americana de Saúde Pública e o ACNM apoiam o parto em casa.<sup>40,41</sup>

Quando surgem emergências obstétricas no ambiente doméstico, com necessidade de transferência de emergência, é essencial que a transferência seja realizada de forma a assegurar o melhor desfecho possível.

Um artigo perturbador descreve “desarticulações” que ocorrem “quando não há correspondência de informação entre a parteira e a equipe do hospital” e “articulações fraturadas” que surgem de “correspondência parcial ou incompleta”.<sup>42</sup> Algumas parteiras entrevistadas não se sentem mais confortáveis em levar pacientes para certos hospitais por causa da reação negativa que receberam de provedores de serviços de saúde, algumas vezes em detrimento da paciente.



**A Associação Americana de Saúde Pública e o Colégio Americano de Enfermeiras Parteiras apoiam o parto em casa**



## Podemos melhorar a situação?

Primeiro, temos que escolher nossas palavras cuidadosamente quando aconselhamos mulheres sobre trabalho de parto e parto, em reconhecimento às palavras de efeito usadas pelos defensores do parto em casa (“fortalecimento”, “escolha”) e à sensação de fracasso e angústia de algumas mulheres quando ao final elas precisam de intervenção médica intensificada.

Talvez devêssemos evitar o termo “fracasso”, como falha na progressão, falha na dilatação, para evitar que esse “fracasso” implique que a culpa é da mulher. E em vez de dizer que a pelve de uma mulher é “adequada”, implicando que a pelve de outra não o é, poderíamos usar um termo que soe menos julgador.

Podemos também dotar o ambiente hospitalar de mais cuidado e maior apoio às escolhas da mulher para o trabalho de parto, desde que a segurança não seja comprometida. E quando recebemos uma mulher transferida para o hospital porque seu parto em casa deu errado, devemos nos comunicar abertamente, com eficiência e profissionalismo, com o provedor de atendimento do parto em casa em benefício da paciente, independentemente de nossos sentimentos sobre o assunto.

## O parto em casa não deixará de existir

Essa é minha impressão da literatura. Certamente há dados que apoiam a segurança do parto em casa para a maioria das mulheres que optam por ele, mas há também um significativo número de mulheres que passarão por eventos imprevisíveis que podem ser fatais caso não haja derivados de sangue disponíveis ou a possibilidade de realizar cirurgia. Por essa razão, e por causa dos riscos muito altos envolvidos, eu me pergunto: Por que arriscar?

## Referências

1. American Medical Association. Resolution on home deliveries. April 28, 2008. Available at: [www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/471/205.doc](http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/471/205.doc). Accessed July 1, 2009.
2. Boyle C. Ricki Lake's home-birth film upsets AMA. New York Daily News. June 17, 2008. Available at: [www.nydailynews.com/entertainment/2008/06/17/2008-06-17\\_ricki\\_lakes\\_homebirth\\_film\\_upsets\\_ama.html](http://www.nydailynews.com/entertainment/2008/06/17/2008-06-17_ricki_lakes_homebirth_film_upsets_ama.html). Accessed July 1, 2009.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG statement on home births [press release]. Washington, DC: ACOG; Feb. 6, 2008. Available at: [www.acog.org/from\\_home/publications/press\\_releases/nr02-06-08-2.cfm](http://www.acog.org/from_home/publications/press_releases/nr02-06-08-2.cfm). Accessed July 1, 2009.

4. Celizic M. Ricki Lake takes on baby birthing industry. Available at: <http://www.msnbc.msn.com/id/22592397/>. Accessed June 29, 2009.
5. [www.chicagotribune.com/news/opinion/oped/bal-op-homebirth13jul13,0,6603392.story](http://www.chicagotribune.com/news/opinion/oped/bal-op-homebirth13jul13,0,6603392.story). Accessed July 23, 2008.
6. National Center for Health Statistics. Vital statistics rates in the United States 1940–1960. Washington, DC: NCHS; 1968.
7. Hoyert DL. Maternal mortality and related concepts. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat. 2007;3(33). Available at: [www.cdc.gov/nchs/data/series/sr\\_03/sr03\\_033.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_03/sr03_033.pdf). Accessed July 9, 2009.
8. Högberg U. The decline in maternal mortality in Sweden: the role of community midwifery. *Am J Public Health*. 2004;94:1312–1320.
9. MacVicar J, Dobbie G, Owen-Johnstone L, Jagger C, Hopkins M, Kennedy J. Simulated home delivery in hospital: a randomized controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol*. 1993;100:316–323.
10. Olsen O, Jewell MD. Home versus hospital birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD000352.
11. Newburn M. Culture, control and the birth environment. *Pract Midwife*. 2003;6:20–25.
12. Kmietowicz A. More than four in 10 women were not offered the choice of a home birth, report says. *BMJ*. 2007;335:112.
13. Ackermann-Liebrich U, Voegeli T, Günter-Witt K, et al. Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedure and outcome. *BMJ*. 1996;313:1313–1318.
14. Amelink-Verburg MP, Verloove-Vanhorick SP, Hakkenberg RM, Veldhuijzen IM, Bennebroek Gravenhorst J, Buitendijk SE. Evaluation of 280,000 cases in Dutch midwifery practices: a descriptive study. *BJOG*. 2008;115:570–578.
15. Bastian H, Keirse MJ, Lancaster PA. Perinatal death associated with planned home birth in Australia: population based study. *BMJ*. 1998;317:384–388.
16. Fullerton JT, Navarro AM, Young SH. Outcomes of planned home birth: an integrative review. *J Midwifery Women's Health*. 2007;52:323–333.
17. Johnson KC, Daviss BA. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ*. 2005;330:1416–1422.
18. Pang JW, Heffelfinger JD, Huang GJ, Benedetti TJ, Weiss NS. Outcomes of planned home births in Washington State: 1989–1996. *Obstet Gynecol*. 2002;100:253–259.
19. Burnett CA 3rd, Jones JA, Rooks J, Chen CH, Tyler CW Jr, Miller CA. Home delivery and neonatal mortality in North Carolina. *JAMA*. 1980;244:2741–2745.
20. Hinds MW, Bergeisen GH, Allen DT. Neonatal outcome in planned v unplanned out-of-hospital births in Kentucky. *JAMA*. 1985;253:1578–1582.
21. Schramm WF, Barnes DE, Bakewell JM. Neonatal mortality in Missouri home births, 1978–84. *Am J Public Health*. 1987;77:930–935.
22. Henderson J, Petrou S. Economic implications of home births and birth centers: a structured review. *Birth*. 2008;35:136–146.
23. Nocon JJ, McKenzie DK, Thomas LJ, Hansell RS. Shoulder dystocia: an analysis of risks and obstetric maneuvers. *Am J Obstet Gynecol*. 1993;168(6 Pt 1):1732–1739.
24. Mori R, Dougherty M, Whittle M. An estimation of intrapartum-related perinatal mortality rates for booked home births in England and Wales between 1994 and 2003. *BJOG*. 2008;115:554–559.
25. Latendresse G, Murphy PA, Fullerton JT. A description of the management and outcomes of vaginal birth after cesarean birth in the homebirth setting. *J Midwifery Women's Health*. 2005;50:386–391.
26. Lieberman E, Ernst EK, Rooks JP, Stapleton S, Flamm B. Results of the national study of vaginal birth after cesarean in birth centers. *Obstet Gynecol*. 2004;104(5 Pt 1):933–942.
27. Mehl-Madrona L, Mehl-Madrona MM. Physician and midwife-attended home births. Effects of breech, twin, and post-dates outcome data on mortality rates. *J Nurse-Midwifery*. 1997;42:91–98.
28. How to become a NARM certified professional midwife

- (CPM). North American Registry of Midwives. Available at: [www.narm.org/htb.htm](http://www.narm.org/htb.htm). Accessed June 29, 2009.
29. [www.acog.org/publications/policy\\_statements/sop0602.cfm](http://www.acog.org/publications/policy_statements/sop0602.cfm). Accessed August 26, 2008.
  30. Reed A, Roberts E. State regulation of midwives: issues and options. *J Midwifery Women's Health*. 2000;45:130–149.
  31. Anderson RE, Anderson DA. The cost-effectiveness of home birth. *J Nurse Midwifery*. 1999;44:30–35.
  32. Shaw R, Kitzinger C. Calls to a home birth helpline: empowerment in childbirth. *Soc Sci Med*. 2005;61:2374–2383.
  33. Janssen PA, Carty EA, Reime B. Satisfaction with planned place of birth among midwifery clients in British Columbia. *J Midwifery Women's Health*. 2006;51:91–97.
  34. MacVicar J, Dobbie G, Owen-Johnstone L, Jagger C, Hopkins M, Kennedy J. Simulated home delivery in hospital: a randomized controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol*. 1993;100:316–323.
  35. Pitchforth E, Watson V, Tucker J, et al. Models of intrapartum care and women's trade-off s in remote and rural Scotland: a mixed-methods study. *BJOG*. 2007;115:560–569.
  36. Barbieri RL. How will we know it when we've got the right cesarean rate? *OBG Management*. 2008;20(6):10–15.
  37. Sakala C. Midwifery care and out-of-hospital birth settings: how do they reduce unnecessary cesarean section births? *Soc Sci Med*. 1993;37:1233–1250.
  38. Crossley ML. Childbirth, complications, and the illusion of "choice": a case study. *Fem Psychol*. 2007;17:543–563.
  39. [www.acog.org/publications/policy\\_statements/sop0210.htm](http://www.acog.org/publications/policy_statements/sop0210.htm). Accessed September 4, 2008.
  40. American Public Health Association. Increasing access to out-of-hospital maternity care services through state-regulated and nationally certified direct-entry midwives. January 1, 2001. Available at: [www.apha.org/advocacy/policy/policysearch/default.htm?id=242](http://www.apha.org/advocacy/policy/policysearch/default.htm?id=242) Accessed June 29, 2009.
  41. American College of Nurse-Midwives. Backgrounds of CNMs/CMS rich in diversity. Available at: [www.midwife.org/background\\_of\\_cnms.cfm](http://www.midwife.org/background_of_cnms.cfm). Accessed June 29, 2009.
  42. Davis-Floyd R. Home-birth emergencies in the US and Mexico: the trouble with transport. *Soc Sci Med*. 2003;56:1911–1931.
  43. Nagai T, Sobajima H, Iwasa M, et al. Neonatal sudden death due to Legionella pneumonia associated with water birth in a domestic spa bath. *J Clin Microbiol*. 2003;41:2227–2229.
  44. Batton DG, Blackmon LR, Adamkin DH, et al; Committee on Fetus and Newborn, 2004–2005, American Academy of Pediatrics. Underwater births. *Pediatrics*. 2005;115:1413–1414.
  45. Cluett ER, Nikodem VC, McCandlish RE, Burns EE. Immersion in water in pregnancy, labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(2):CD000111.
  46. Tuteur A. What's in the water at waterbirth? Skeptical OB. February 19, 2009. Available at: <http://skepticalob.blogspot.com/2009/02/whats-in-water-atwaterbirth.html>. Accessed July 7, 2009.
  47. Gilbert RE, Tookey PA. Perinatal mortality and morbidity among babies delivered in water: surveillance study and postal survey. *BMJ*. 1999;319:483–487.
  48. Thoeni A, Zech N, Moroder L. Water birth and the risk of infection: experience after 1,500 water births. *Pol J Gyn Invest*. 2004;7(1/4):21–26.
  49. Gilbert R. Water birth—a near-drowning experience. *Pediatrics*. 2002;110(2 Pt 1):409.
  50. E-mail correspondence from American College of Obstetrics and Gynecology staff. July 22, 2008.