

Partos domiciliares acidentais na região sul do Município de São Paulo

Accidental home deliveries in southern São Paulo, Brazil

Márcia Furquim de Almeida^a, Gizelton Pereira Alencar^a, Maria Hillegonda Dutilh Novaes^b, Ivan França Jr^c, Arnaldo Augusto Siqueira^c, Daniela Schoeps^a, Oona Campbell^d e Laura Rodrigues^d

^aDepartamento de Epidemiologia. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil. ^bDepartamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. USP. São Paulo, SP, Brasil. ^cDepartamento de Saúde Materno Infantil. Faculdade de Saúde Pública. USP. São Paulo, SP, Brasil. ^dDepartment of Epidemiology. London School of Hygiene and Tropical Medicine. London, Inglaterra

Descritores

Parto domiciliar acidental. Mortalidade fetal. Mortalidade neonatal. Fatores socioeconômicos. Acesso aos serviços de saúde.

Resumo

Objetivo

Identificar a frequência, o risco de mortalidade fetal e neonatal precoce e os determinantes do parto domiciliar acidental.

Métodos

Estudo caso-controle de base populacional sobre mortes fetais e neonatais precoces realizado na região sul do Município de São Paulo. Foram coletados dados em entrevistas domiciliares e de prontuários hospitalares. Os motivos referidos pelas mães para a ocorrência de partos domiciliares foram obtidos nas entrevistas. Os fatores de risco para o parto domiciliar foram obtidos comparando-se com os partos hospitalares. Os dados foram analisados separadamente para perdas fetais, óbitos neonatais e sobreviventes. Foram utilizadas *odds ratio*, intervalo de confiança de 95% e o teste exato de Fisher para avaliar os fatores de risco e estimar o risco de morte.

Resultados

A frequência de partos domiciliares de 0,2% no Sistema de Informações de Nascidos Vivos está sub-notificada. Quando ajustada, passa a ser de 0,4%, compatível com a encontrada em algumas cidades da Europa. Todos os partos domiciliares identificados foram acidentais. O parto domiciliar acidental está associado ao aumento da mortalidade fetal e neonatal precoce. Características sociais das mães e da gestação estão associadas à ocorrência de partos domiciliares acidentais, e não são sempre as mesmas para os três tipos de desfecho (óbito fetal, óbito neo-natal precoce e sobreviventes). A falta de transporte para o hospital foi indicada como motivo para os partos domiciliares por 30% das mães. Falhas do sistema de saúde em reconhecer a iminência do parto e a não disponibilidade de atendimento de urgência contribuíram para a ocorrência de alguns partos domiciliares.

Conclusões

Apesar de serem eventos raros, pelo menos em área urbana, os partos domiciliares acidentais devem merecer atenção específica, já que acarretam aumento do risco de morte e parecem ser evitáveis.

Correspondência para/ Correspondence to:

Márcia Furquim de Almeida
Departamento de Epidemiologia - FSP-USP
Av. Dr. Arnaldo, 715
01246-904 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: marfural@usp.br

Financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp - Processo n. 99/11985-9) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq - Processo n. 479007/2001-2).
Recebido em 3/4/2004. Aprovado em 4/11/2004.

Keywords

Accidental home deliveries. Fetal mortality. Neonatal mortality. Socio-economic factors. Health service access.

Abstract

Objective

To identify the frequency, risks of fetal and early neonatal mortality and the determinants of accidental home deliveries.

Methods

A population-based case control study of fetal and early neonatal deaths was carried out in the southern area of São Paulo, Brazil. Data were collected through home interviews and hospital record reviews. The reasons reported by the mothers were obtained from interviews and risk factors for home delivery were obtained comparing home to hospital deliveries. Data were analyzed separately for fetal and early neonatal deaths and survivors. Odds ratios, 95% confidence intervals and Fisher's exact test were used in estimating risk factors and mortality risk.

Results

The 0.2% frequency of home deliveries was underestimated in the live births information system. After adjustment, it reached 0.4%, comparable to other urban areas in Europe. All home deliveries identified were accidental and were associated to an increased fetal and early neonatal mortality. Mothers' social conditions and pregnancy characteristics were associated to accidental home deliveries and these factors are different outcomes studied (fetal losses, early neonatal deaths and survivors). In 30%, mothers reported lack of available transportation to the hospital as a reason for home delivery. Failure of health services in identifying labor women and non-availability of emergency care contributed to accidental home deliveries.

Conclusions

Though rare events in urban areas, accidental home deliveries should be of special concern to health services because they seem to be avoidable and imply in increased risk of death.

INTRODUÇÃO

O parto se mostra predominantemente hospitalar no Brasil já há algumas décadas, enquanto parte dos processos de urbanização, expansão da atenção médica e mudança nos valores e comportamentos sociais. Assim, os partos domiciliares foram se tornando progressivamente mais raros, concentrando-se atualmente nas áreas rurais da região norte e nordeste.² No entanto, foi somente a partir da implantação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) no início dos anos 90, que se tornou possível a produção de informações populacionais sobre o local do parto para os nascidos vivos, por meio da identificação do campo "local de nascimento" da declaração de nascido vivo (domicílio e outros). Esta informação só podia ser obtida para os nascimentos que resultavam em óbitos fetais, pois este campo somente estava presente nas declarações de óbito.

Os partos ocorridos fora dos serviços de saúde (hospitais e outros estabelecimentos de saúde) vêm mostrando tendência de declínio. Estes representavam 1,6% do total de nascidos vivos em 1994, e em 2000 sua participação foi de 1,4%. Os partos domiciliares responderam por cerca de 90% dos nascimentos não institucionais no Brasil.¹⁰ Contudo, os valores podem estar subestimados, pois persistem problemas de co-

bertura de eventos do SIM e SINASC nas áreas rurais das regiões norte e nordeste, exatamente onde são mais frequentes os partos domiciliares. Em áreas urbanas como o Município de São Paulo, os nascimentos não institucionais apresentavam participação menor: 0,7% em 1994 e 0,3% em 2000.¹⁰ Mesmo em países desenvolvidos, reconhece-se a existência de sub-registro dos partos não-hospitalares. No Reino Unido observou-se que 14% das mulheres que haviam planejado parto hospitalar, mas tiveram parto domiciliar acidental, foram registradas como parto hospitalar.⁷

A análise da literatura pressupõe cuidado na identificação das classificações adotadas, pois a expressão "partos domiciliares" inclui dois grupos distintos: os partos domiciliares planejados e os não planejados ou acidentais. Há países em que existem programas de partos domiciliares planejados. A distinção entre o parto domiciliar planejado e o não planejado é importante, pois os domicílios temporariamente se constituem, por ocasião do parto planejado, em extensões dos serviços de saúde.^{3,5,11,13}

Recentemente, tem sido reconhecida a importância para a saúde pública dos partos denominados domiciliares não planejados ou acidentais, e a necessidade de serem estudados separadamente dos partos domiciliares planejados. Os partos não planejados se referem a

populações com características epidemiológicas e de assistência distintas, associados a risco muito mais elevado de desfecho adverso para mãe e criança.^{7,8,9,14}

Em países como o Brasil, onde não existem programas destinados à realização de partos domiciliares, é essencial estabelecer qual a proporção dos nascimentos que acidentalmente ocorreram no domicílio. Não há estudos anteriores que indiquem se os partos domiciliares foram planejados ou acidentais. Na realidade, devido à pequena proporção destes nascimentos nos sistemas de informação existentes, partos domiciliares com frequência são retirados dos estudos de mortalidade perinatal.⁶ Pouco se sabe sobre os riscos e as condições associadas ao parto fora dos serviços de saúde e sobre as características das mulheres que dão à luz nessas condições.

Estudos recentes indicaram frequência de 0,6% de partos domiciliares acidentais em áreas urbanas na Escócia,⁸ de 0,6% na Inglaterra,⁷ e de 0,1% na Finlândia.¹⁴ Existe um consenso na literatura de que o risco de óbito perinatal está aumentado nos partos domiciliares acidentais.^{7,8,9,14}

Os fatores identificados como associados ao parto domiciliar acidental incluem situações de risco, como mães solteiras¹⁴ e baixa escolaridade das mães,⁹ elevada paridade^{8,9} e falta de assistência pré-natal.^{8,14} Identificou-se também que há maior prevalência de baixo peso ao nascer e de nascimentos de pré-termo nos partos domiciliares acidentais que entre aqueles ocorridos em hospitais.^{8,14}

O objetivo da presente pesquisa foi estimar os riscos associados ao óbito perinatal no parto domiciliar e identificar seus motivos e as principais características das mulheres que tiveram partos domiciliares.

MÉTODOS

Os dados iniciais foram obtidos na Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade) e referem-se às declarações de nascido vivo (DN) e de óbito (DO). Realizou-se *linkage* dos bancos de dados formando uma coorte de nascimentos ocorridos no período de 1/1/2000 a 31/1/2001, de filhos de mães residentes na zona sul do Município de São Paulo e composta por 23.717 nascimentos, dos quais 335 correspondiam a óbitos fetais, 205 a óbitos neonatais precoces e 23.177 a sobreviventes. Este estudo é parte da pesquisa* aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Após o rastreamento de eventos, realização de entrevistas domiciliares e levantamento hospitalar, foram incluí-

dos no estudo 172 óbitos fetais (51,3%), 146 óbitos neonatais (71,2%), 313 controles aleatórios representativos dos sobreviventes da coorte de nascimentos em estudo e 74 controles pareados aos óbitos neonatais precoces por peso ao nascer.

Considerou-se como nascimentos domiciliares acidentais os partos que ocorreram no domicílio e/ou em carros, táxis e ambulâncias, ou seja, todos os nascimentos que ocorreram fora do ambiente dos serviços de saúde. Foram considerados como hospitalares/institucionais todos os nascimentos que ocorreram em serviços de saúde, quer tenham se dado em hospitais ou em qualquer outro tipo de serviço de saúde, tais como pronto-socorros e clínicas. Durante a realização das entrevistas com as mães identificou-se 21 nascimentos domiciliares. Todas as mães receberam atenção médica posterior e a realização dos partos no domicílio foi confirmada nos prontuários médicos. As informações sobre os motivos e condições em que foram realizados os partos domiciliares foram registradas em formulário específico na entrevista. Os entrevistadores não tinham conhecimento prévio de informações sobre o local de parto registrado nas DN e DO.

Não foram incluídos partos de gestações interrompidas por ordem judicial e que resultaram em quatro óbitos neonatais e um fetal e um óbito fetal resultante de aborto identificado como sendo provocado pela mãe.

Desse modo, a amostra estudada corresponde a 726 eventos sendo 705 (97,1%) nascimentos hospitalares e 21 domiciliares(2,9%).

A expansão dos números e proporção de partos domiciliares, corrigindo a sub-enumeração, foi feita aplicando a proporção de partos domiciliares encontrada nos óbitos fetais, neonatais, e controles não pareados aos grupos correspondentes (óbitos fetais, óbitos neonatais e sobreviventes) existentes no SIM e SINASC.

Na análise descritiva foram utilizados os controles não pareados, que refletem as características do conjunto dos sobreviventes. Na análise de fatores de risco para parto domiciliar foram utilizados os controles pareados, devido à frequência mais elevada de partos domiciliares acidentais dentre esses eventos.

As variáveis consideradas como de exposição foram obtidas em entrevistas domiciliares, que incluía questionário geral usado para todos os partos e questionário específico usado apenas para partos domiciliares. Para as variáveis peso ao nascer e duração da gestação foram

* "Mortalidade perinatal na região sul do Município de São Paulo: um estudo caso-controle de base populacional". Dados não publicados.

Tabela 1 - Local do parto da coorte de nascimento e da amostra de mães residentes na região sul do Município de São Paulo, 2000/2001.

Local do Parto	Sobreviventes		Coorte de nascimento*				Total	Sobreviventes		Amostra**				Total		
			Óbitos neonatais precoces		Óbitos fetais					Óbitos neonatais precoces		Óbitos fetais				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Hospitais e outros est. saúde	23.134	99,81	204	99,52	333	99,40	23.671	99,81	387	98,72	146	97,33	172	93,48	705	97,10
Domicílio	37	0,17	1	0,48	2	0,60	40	0,17	4	1,02	3	2,00	10	5,43	17	2,34
Via pública ^a	3	0,01	-	-	-	-	3	0,01	1	0,26	1	0,67	2	1,09	4	0,55
Subtotal não-hospitalar	40	0,18	1	0,48	2	0,60	43	0,18	5	1,28	4	2,67	12	6,52	21	2,89
Ignorado	3	0,01	-	-	-	-	3	0,01	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	23.177	100,00	205	100,00	335	100,00	23.717	100,00	392	100,00	150	100,00	184	100,00	726	100,00

*Fonte: Fundação SEADE/SIM/SINASC

**Incluem controles pareados e não-pareados por peso ao nascer

^aEventos ocorridos em carros e táxis.

utilizados os prontuários hospitalares como fonte de dados preferencial, devido à sua esperada maior fidedignidade. Essas informações foram complementadas com as entrevistas domiciliares, ainda assim, para dois nascimentos domiciliares que resultaram em óbitos fetais não foi possível obter o peso ao nascer.

Em consequência do pequeno número de eventos, as variáveis consideradas como de exposição foram dicotomizadas. Descreveu-se o motivo pelo qual os partos ocorreram fora do hospital, quem ajudou no parto, a duração do trabalho de parto, e o método de transporte ao hospital após o parto. Obtiveram-se as *odds ratios* e os respectivos intervalos de confiança (95%) para o risco de óbito fetal e neonatal precoce associado ao parto domiciliar. Para identificar os fatores de risco, utilizou-se a *odds ratio* e os respectivos intervalos de confiança de 95% (teste exato de Fisher) inicialmente para os óbitos perinatais e controles pareados por peso ao nascer e posteriormente para óbitos neonatais precoces e fetais.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a distribuição, segundo local do parto da coorte de nascimentos, de onde foi obtida a população de estudo. Os dados são provenientes dos sistemas de informação, SINASC para os sobreviventes e óbitos neonatais precoces e do SIM para os óbitos fetais. Os partos domiciliares apresentaram menor proporção entre os sobreviventes que os óbitos neonatais precoces e fetais.

Houve proporção maior de nascimentos domiciliares entre os óbitos fetais (6,5%), do que entre os óbitos neonatais (2,7%), e sobreviventes (1,3%). Desses 21 nascimentos, quatro ocorreram a caminho do hospital (19,0%) e todas as mães receberam cuidados hospitalares após o parto.

As informações sobre o local do parto no SIM e

SINASC indicavam que na amostra haviam ocorrido cinco partos no domicílio ou a caminho do hospital, enquanto que nas entrevistas domiciliares foram identificados 21 partos fora dos serviços de saúde. Ao se expandir o valor encontrado, considerando-se a coorte que deu origem ao estudo, a frequência de partos domiciliares foi de 0,4%, sendo que nesses sistemas de informação esta proporção era 0,2%. A sub-enumeração dos eventos domiciliares foi mais frequente nos óbitos fetais, seguido pelos óbitos neonatais precoces e controles (sobreviventes) pareados por peso ao nascer e por último nos controles obtidos aleatoriamente.

Os nascimentos domiciliares mostraram associação estaticamente significativa com a ocorrência de óbitos perinatais (OR=3,2; 1,1-11,1). Essa associação é mais forte com os óbitos fetais (OR=4,4; 1,4-16,0), mas não se verificou associação estatisticamente significativa com a ocorrência dos óbitos neonatais precoces (OR=1,7; 0,3-8,1).

A Tabela 2 mostra os motivos referidos pelas mães para o parto não ter ocorrido em serviços de saúde. Nenhuma das mulheres havia optado pela realização do parto no domicílio. As razões apontadas para o conjunto desses nascimentos foram a dificuldade de conseguir transporte para chegar aos serviços de saúde (33,3%) e o parto ter sido muito rápido e não ter havido tempo para chegar ao serviço de saúde (28,6%). Quatro mulheres (19,1%) haviam procurado os serviços de saúde para realização do parto, e foram encaminhadas de volta para casa. Duas dessas quatro mulheres tinham estado hospitalizadas recentemente e o parto ocorreu logo após o retorno ao domicílio, depois da alta hospitalar. Algumas mães (14,3%) disseram não ter reconhecido a iminência do parto.

No momento do parto, a maioria das mulheres (57,1%) contou com ajuda da família ou de vizinhos. Seis mulheres (28,5%) tiveram partos sozinhas, sendo que quatro desses partos resultaram em óbito fe-

tal. A polícia realizou o parto de duas mulheres, um com óbito logo após o parto. A equipe de resgate ou de serviços de saúde de urgência realizou apenas um parto, no qual bebê sobreviveu (Tabela 2).

O meio de transporte mais frequentemente utilizado por essas mulheres para se deslocarem até os serviços de saúde, onde receberam cuidados após o parto, foi o carro de parentes ou vizinhos (42,9%). O resgate foi responsável por 33,3% do transporte para chegar até os serviços de saúde após o parto. Houve também participação de carros da polícia (14,3%) no transporte dessas mulheres (Tabela 2).

Quanto à duração do trabalho de parto, para seis mulheres foi inferior a 30 min, sendo coerente com a razão apontada anteriormente por seis mulheres para o parto domiciliar (o parto ter sido tão rápido que não houve tempo para chegar ao serviço de saúde). O trabalho de parto durou entre 30 e 60 min, de acordo com quatro mulheres; para cinco delas, duas horas ou mais; e seis mulheres não souberam informar a duração do trabalho de parto. Desses seis partos, cinco resultaram em óbito fetal (Tabela 2).

A Tabela 3 contempla as características das mulheres que tiveram parto domiciliar e hospitalar. Considerando que esses partos apresentaram desfechos distintos, analisou-se também separadamente os nascimentos que resultaram em óbitos perinatais e sobreviventes. Foram incluídos os sobreviventes que, na amostra anteriormente mencionada, haviam sido selecionados como controles pareados por peso ao nascer (74), pois os nascimentos domiciliares acidentais foram mais frequentes (4) que nos controles aleatórios (1). As mães de nascimentos domiciliares aciden-

tais apresentaram, no seu conjunto, características sociodemográficas mais desfavoráveis para os que as mães de nascimentos hospitalares. A proporção de mães com até três anos de estudo foi de 23,8% nos partos domiciliares e de 15,5% nos hospitalares; a frequência de mães adolescentes foi de 33,3% nos domiciliares contra 24,2% nos hospitalares e de mães sem companheiro de 47,6% contra 28,1%.

As variáveis que se mostraram associadas à ocorrência de partos domiciliares foram: as mães terem indicado estado de saúde anterior ruim ou regular; e reação negativa ou indiferente do pai à gestação e ausência de pré-natal, essas últimas duas variáveis apresentaram *odds ratio* superior a quatro. Porém, observou-se que a reação negativa da mãe e ou da família frente à gestação também apresentaram *odds ratios* em torno de dois, ainda que não significantes.

As características biológicas do feto como o baixo peso ao nascer e gestação de pré-termo mostram-se mais frequentes nos nascimentos domiciliares, porém não significantes.

Ao se analisar em separado os partos que deram origem aos óbitos perinatais e sobreviventes verifica-se que o estado de saúde materno anterior à gravidez ruim ou regular está associado aos partos domiciliares bem como a ausência de pré-natal e a reação negativa do pai frente à gestação, contudo com valores de *odds ratio* menores. Para os sobreviventes não se obteve nenhum resultado estatisticamente significativo. Verificou-se que entre as mães de partos domiciliares que deram origem aos óbitos perinatais 28,6% não haviam realizado pré-natal o qual contribuiu para a ocorrência de partos domiciliares, enquanto que

Tabela 2 - Motivos e características dos partos domiciliares na região sul do Município de São Paulo, 2000/2001.

Variáveis	Fetal	Neonatal	Sobrevivente	Total	%
Escolha ou acidente					
Acidental	12	4	5	21	100
Escolha do parto domiciliar	-	-	-	-	-
Motivo por não ter ido ao hospital					
Dificuldade de acesso ao hospital	3	2	2	7	33,33
Parto rápido	3	2	1	6	28,57
Hospital mandou para casa	3	-	1	4	19,05
Não reconheceu o início do trabalho de parto	2	-	1	3	14,29
Outros	1	-	-	1	4,76
Quem ajudou na hora do parto					
Família/vizinho	8	2	2	12	57,14
Sozinha	4	1	1	6	28,57
Polícia	-	1	1	2	9,52
Resgate	-	-	1	1	4,76
Transporte para o hospital após o parto					
Carro de vizinho/parente	7	1	1	9	42,85
Táxi	1	-	1	2	9,52
Polícia	2	-	1	3	14,29
Resgate	2	3	2	7	33,33
Duração do trabalho de parto					
<30 min	1	3	2	6	28,57
30-60 min	3	-	1	4	19,00
2 horas e mais	3	-	2	5	23,80
Não sabe informar	5	1	-	6	28,57

todas as mães de parto domiciliar que deram à luz sobreviventes haviam feito pré-natal.

As variáveis que se mostram associadas à ocorrência de partos domiciliares que resultaram em óbitos fetais foram o estado de saúde ruim ou regular antes da gestação e ausência de pré-natal (Tabela 4). Os valores das *odds ratios*, para essas duas condições foram muito mais elevados que aqueles obtidos para o total de óbitos perinatais (Tabela 3). O número de nascimentos domiciliares que resultaram em óbitos neonatais precoces é pequeno (4) e como consequência não se obteve *odds ratios* estatisticamente significantes. Observou-se que todos os nascimentos domiciliares que deram origem aos óbitos neonatais precoces eram de baixo peso e de pré-termo (Tabela 5). Resultado semelhante foi obtido para a reação negativa à gravidez da família.

DISCUSSÃO

Comparando-se os dados da amostra com os dados provenientes dos sistemas de informação, verifica-se que estes subestimam a frequência de nascimentos

ocorridos fora dos serviços de saúde, principalmente para os óbitos fetais. A estimativa ajustada da frequência de partos domiciliares no presente estudo foi de 0,4% (o dobro da original, de 0,2%). Nenhum dos partos foi realizado no domicílio por opção: todos partos domiciliares foram acidentais ou ocorridos a caminho de serviços de saúde e todas as mães receberam assistência hospitalar posterior.

A subestimação pode ser consequência do fato de que todas as mulheres receberam atendimento no hospital após o parto, passando a maioria desses casos a serem contabilizados como partos hospitalares, distorção essa também observada em outros países.⁷ A frequência de partos domiciliares acidentais nessa área urbana é comparável com estimativas em áreas urbanas da Inglaterra e Escócia, e mais alta do que na Finlândia.^{7,8,14}

A mortalidade fetal foi quatro vezes mais frequente nos nascimentos domiciliares, dado estatisticamente significativo. O risco de mortalidade neonatal também foi aumentado (quase o dobro), porém não foi significativo. Como houve apenas quatro

Tabela 3 - Número de óbitos perinatais e controles, *odds ratio*, segundo local do parto e fatores de risco região sul Município de São Paulo, 2000/2001.

Variáveis	Total				Óbitos perinatais				Controles*			
	Dom	Hosp	OR	IC 95%	Dom	Hosp	OR	IC 95%	Dom	Hosp	OR	IC 95%
Anos de estudo mãe												
Até 3 anos	5	59	1,76	0,49-5,28	4	49	1,83	0,41-6,35	1	10	1,60	0,03-18,41
4 anos e mais	16	333			12	269			4	64		
Idade mãe												
<20	7	95	1,56	0,55-4,29	6	73	2,01	0,58-6,35	1	22	0,59	0,01-6,47
20 e mais	14	297			10	245			4	52		
Estado marital												
Não casada	10	110	2,33	0,89-6,02	8	89	2,44	0,85-7,82	2	21	1,68	0,13-15,70
Casada	11	282			8	229			3	53		
Paridade												
Nulípara	6	154	0,62	0,19-1,73	6	115	0,94	0,30-3,25	0	39	0	
Múltipara	15	238			10	203			5	35		
Estado de saúde mãe												
Regular/ ruim	9	67	3,64	1,35-9,72	8	56	4,68	1,52-14,44	1	11	1,43	0,03-16,32
Excelente/ bom	12	325			8	262			4	63		
Tentativa aborto												
Pensou/ tentou	5	62	1,58	0,44-4,73	2	44	0,84	0,09-3,85	3	18	4,83	0,50-60,62
Não	16	314			14	258			2	56		
Reação da mãe												
Indiferente/ contente/ não sabe	12	139	2,43	0,93-6,43	7	110	1,47	0,48-4,45	5	29	0	
Feliz	9	253			9	208			0	45		
Reação do pai												
Indiferente/ contente/ não sabe	13	108	4,27	1,60-11,64	9	87	3,41	1,12-10,54	4	21	10,1	0,96-251,97
Feliz	8	284			7	231			1	53		
Reação da família												
Indiferente/contente/ não sabe	13	166	2,21	0,83-5,89	11	134	3,02	0,94-11,32	2	32	0,88	0,10-7,01
Feliz	8	226			5	184			3	42		
Pré-natal												
Não	6	33	4,35	1,29-12,82	6	31	3,70	1,09-10,98	0	2	0	
Sim	15	359			15	287			5	72		
Duração da gestação												
<37 semanas	16	275	1,36	0,46-4,84	13	236	1,51	0,40-8,43	3	39	1,35	0,14-16,93
≥37 semanas	5	117			3	82			2	35		
Peso ao nascer												
<2.500 g	17	295	2,79	0,64-25,33	13	248	3,67	0,53-158,13	4	47	2,3	0,21-117,29
>2.500 g	2	97			1	70			1	27		

IC 95%: intervalo de confiança a 95%; OR: *Odds ratio*

*Controles pareados por peso ao nascer

óbitos neonatais domiciliares, a ausência de significância pode ser resultado do baixo poder da amostra. Esses resultados são semelhantes aos indicados nos estudos referentes a países desenvolvidos^{1,7,8,14} para os partos domiciliares acidentais. A maioria dos estudos não apresenta resultados separadamente para óbitos fetais e neonatais: a presente pesquisa sugere que os riscos possam ser maiores dentre os óbitos fetais. Isso é consistente com o resultado obtido na Austrália em estudo sobre partos domiciliares, embora esse estudo não tenha considerado apenas os partos domiciliares acidentais.¹

Os motivos e as condições em que ocorreram os partos no domicílio, relatados pelas mulheres, podem contribuir para sua melhor compreensão e evitabilidade. Um terço das mulheres referiam que a duração do trabalho do parto foi inferior a meia hora, o motivo pelo qual o parto ocorreu no domicílio. Outro terço das mulheres referiram dificuldade de conseguir transporte ao hospital, as demais não souberam identificar os sinais do trabalho de parto. Algumas mulheres (20%) procuraram o hospital por perceberem sinais de trabalho de parto, porém foram mandadas de volta para casa. A maioria das mulheres (80%) tiveram apoio de familiares e vizinhos ou estavam sozinhas. Praticamente metade das mulheres foram transportadas ao hospital

depois do parto por familiares e vizinhos ou por táxi; um terço pelo serviço de resgate.

Difícilmente seria possível evitar partos no domicílio nas mulheres que indicaram ter tido trabalho de parto inferior a 30 min, já que se trata de emergência médica própria da gestação, nem sempre previsível. Rodie et al,⁸ também encontraram menor duração do trabalho de parto nas mulheres que tiveram partos não hospitalares acidentais. Em Glasgow,⁸ Escócia, 28,4% dos partos domiciliares acidentais tiveram auxílio do serviço de emergência durante o parto, enquanto que na região sul do Município de São Paulo apenas um dentre 21 eventos recebeu esse tipo de auxílio durante o parto. Por outro lado, um terço das mulheres foi atendida pelo serviço de resgate após o parto, sugerindo existir demora de resposta do serviço de urgência.

O fato de 20% das mulheres terem estado em contato com o hospital e terem sido mandadas para casa – duas das 21 tendo recebido alta depois de hospitalização – sugere a necessidade de melhor treinamento na porta de entrada dos hospitais para identificar e orientar corretamente sobre os sinais de início de trabalho de parto, principalmente do parto prematuro.

O número total de partos domiciliares é pequeno e

Tabela 4 - Número de óbitos fetais e *odds ratio*, segundo local parto e fatores de risco região sul do Município de São Paulo, 2000/2001.

Variáveis	Óbitos fetais		OR	IC 95%
	Domiciliar	Hospitalar		
Anos de estudo mãe				
Até 3 anos	4	31	2,27	0,47-9,11
4 anos e mais	8	141		
Idade mãe				
<20	5	30	3,38	0,78-13,24
20 e mais	7	142		
Estado marital				
Não casada	6	55	2,13	0,55-8,32
Casada	6	117		
Paridade				
Nulípara	4	62	0,89	0,19-3,48
Múltipara	8	110		
Estado de saúde mãe				
Regular/ ruim	6	28	5,14	1,34-19,78
Excelente/ bom	6	144		
Tentativa aborto				
Pensou/ tentou	1	26	0,51	0,01-3,81
Não	11	146		
Reação da mãe				
Indiferente/ contente/ não sabe	4	59	0,96	0,20-3,76
Feliz	8	113		
Reação do pai				
Indiferente/ contente/ não sabe	6	50	2,44	0,62-9,56
Feliz	6	122		
Reação da família				
Indiferente/ contente/ não sabe	7	70	2,04	0,53-8,47
Feliz	5	102		
Pré-natal				
Não	5	10	11,57	2,38-50,63
Sim	7	162		
Duração da gestação				
<37 semanas	9	120	1,30	0,34-5,02
≥37 semanas	3	52		
Peso ao nascer				
<2.500 g	9	129	3,00	0,39-134,50
>2.500 g	1	43		

fornece medidas instáveis de frequência, podendo comprometer a significância estatística e por essa razão a amplitude dos intervalos de confiança é bastante grande, principalmente para os óbitos neonatais precoces e sobreviventes. Alguns fatores de risco associados ao parto domiciliar acidental foram comuns aos três desfechos: óbito fetal, óbito neonatal precoce e sobrevivência (entre os pareados), mas nem sempre significantes. Esses fatores foram: baixo peso ao nascer, gestação de pré-termo, e reação indiferente ou negativa à gravidez por parte da mãe, do pai ou da família, gestação não planejada (nenhuma das mães com parto domiciliar acidental planejou a gravidez). Foram identificados dois fatores de risco de parto domiciliar para os óbitos fetais: não realização de pré-natal e percepção da mãe de estado de saúde menos favorável anterior à gravidez.

A maior frequência de nascimentos de baixo peso ao nascer e de pré-termo nos nascimentos domiciliares acidentais é concordante com os resultados obtidos nos Estados Unidos³ e Glasgow.⁸ Não se encontrou diferença entre idade mediana materna nos nascimentos hospitalares e nos não hospitalares acidentais em Glasgow.⁸ Estudo realizado na Finlândia,¹⁴ encontrou maior frequência de partos domiciliares acidentais entre as mulheres com 35 anos e mais, as-

sim como no conjunto de partos domiciliares dos EUA,³ embora não tenha distinguido os acidentais ou planejados. Nesse estudo obteve-se maior proporção de adolescentes nos nascimentos domiciliares acidentais que entre os partos hospitalares, mas não foi estatisticamente significativa.

Não se encontrou associação entre a ausência de pré-natal e a ocorrência de parto domiciliar acidental para os sobreviventes, mas para os partos que resultaram em óbitos fetais a falta de pré-natal configurou um risco elevado e estatisticamente significativo. Não se encontrou associação entre o menor número de consultas ou início tardio do pré-natal e esses partos (resultado não mostrado) tal como foi encontrado por alguns estudos como o de Viisainen et al¹⁴ e Declerq et al.⁴ Possivelmente, a associação encontrada com a não realização do pré-natal se deve à associação também existente nesses eventos com a reação negativa à gravidez, principalmente do pai e da família, sugerindo falta de apoio emocional durante a gestação, bem como a maior frequência de mães adolescentes, afetando não somente a realização do pré-natal, mas também o resultado da gestação. Tal como ocorre com a mortalidade materna, a mortalidade perinatal é um desfecho negativo da gravidez, para o qual os serviços de saúde podem ter importante papel na evitabi-

Tabela 5 - Número de óbitos neonatais precoces e *odds ratio*, segundo local parto e fatores de risco região sul do Município de São Paulo, 2000/2001.

Variáveis	Óbitos neonatais precoces Domiciliar	Hospitalar	OR	IC 95%
Anos de estudo mãe				
Até 3 anos	0	18		
4 anos e mais	4	128	0	.
Idade mãe				
<20	1	43	0,80	0,02-10,28
20 e mais	3	103		
Estado marital				
Não casada	2	34	3,29	0,23-46,57
Casada	2	112		
Paridade				
Nulípara	2	53	1,75	0,12-24,76
Multípara	2	93		
Estado de saúde mãe				
Regular/ ruim	2	28	4,21	0,52-59,69
Excelente/ bom	2	118		
Tentativa aborto				
Pensou/ tentou	1	18	2,07	0,04-27,32
Não	3	112		
Reação da mãe				
Indiferente/ contente/ não sabe	3	51	5,59	0,46-296,37
Feliz	1	95		
Reação do pai				
Indiferente/ contente/ não sabe	3	37	8,84	0,67-468,06
Feliz	1	109		
Reação da família				
Indiferentes/ contente/ não sabe	4	64	0	
Feliz	0	82		
Pré-natal				
Não	1	21	1,98	0,04-25,94
Sim	3	125		
Duração da gestação				
<37 semanas	4	116	0	
≥37 semanas	0	30		
Peso ao nascer				
<2.500 g	4	119	0	
>2.500 g	0	27		

lidade destes óbitos. Thaddeus & Maine,¹² em ampla revisão sobre o papel dos serviços de saúde na mortalidade materna consideraram três tipos de atraso na prestação da assistência ao parto que podem resultar em óbitos maternos: a) atraso das mulheres na decisão de procurar os serviços de saúde; b) atraso na chegada aos serviços de saúde e c) atraso na prestação de assistência adequada.

Entre os motivos apresentados pelas mulheres, no presente estudo, para ocorrência do parto no domicílio ou em trânsito 14,3% não haviam identificado que se encontravam em trabalho de parto, podendo se situar no primeiro tipo de atraso, ou seja, na decisão de procurar os serviços de saúde para a realização do parto. Conforme apontado por Thaddeus & Maine¹² isso pode ser decorrência de ausência de informações para avaliar a gravidade da situação, ou pode também estar associado às reações negativas da própria mulher frente à gravidez ou da falta de suporte do pai da criança ou da família ou até pela ausência de pré-natal. Um terço das mulheres indicaram ter tido dificuldade de acesso ao hospital no momento do parto, o que se insere no segundo tipo de atraso de assistência ao parto, que se refere à chegada aos serviços de saúde. Os partos domiciliares acidentais não estavam associados à escolaridade materna e o SUS propicia o acesso universal à atenção hospitalar ao parto, ou seja, não há associação direta entre estes eventos e a situação socioeconômica da mulher. Diferentemente da bibliografia comentada por Thaddeus & Maine¹² referindo estudos realizados em áreas rurais, o presente estudo foi realizado em área urbana de grande metrópole. Contudo, a situação social da mulher pode comprometer a sua capacidade de deslocamento em caso de emergência, também dificultada pelas condições urbanas desfavoráveis existentes em muitas áreas da zona sul.

Verificou-se que 20% das mulheres haviam ido a hospitais que as haviam encaminhado de volta para casa, podendo assim se enquadrar no terceiro tipo de atraso, que se refere às mulheres não terem recebido atenção adequada a tempo, devido às falhas dos serviços de saúde. Como comentado acima, grande parte dos estudos mencionados por essas autoras referem-se a áreas rurais onde é mais freqüente a ausência de equipamentos e de pessoal nos serviços de saúde, o que não é o caso dos hospitais do Município de São Paulo. Nesse caso, o mais provável é um treinamento insatisfatório das equipes de porta de entrada dos hospitais para reconhecer o trabalho de parto, uma vez que as mulheres não mencionaram existir falta de vagas no hospital. Pode também ser incluída nesse item a dificuldade das mulheres em contar com apoio médico de emergência para a realização do parto domiciliar, uma vez que se verificou que a equipe de resgate realizou apenas um dos partos e esteve presente no transporte posterior ao parto para o hospital de um terço das mulheres, o que sugere ter havido demora da chegada da atenção de emergência.

Em conclusão, os partos domiciliares ocorreram predominantemente em mulheres com três tipos de características: a) sociais (não ter companheiro e adolescente somente para os partos de óbito fetal); b) comportamentais (reação negativa à gravidez da mãe, pai ou família, não fazer pré-natal, não reconhecer a entrada em trabalho de parto, percepção negativa do estado de saúde); c) biológicas (trabalho de parto de curta duração, gestações de pré-termo e baixo peso ao nascer).

É preciso ressaltar a responsabilidade dos serviços de saúde em diversos desses eventos, dado que houve evidências de atenção inadequada, como falhas na identificação do trabalho de parto e alta indevida, em casos de intercorrência obstétrica.

REFERÊNCIAS

1. Bastian H, Keirse MJNC, Lancaster PAL. Perinatal death associated with planned home birth in Australia: population based study. *BMsj* 1998;317:384-8.
2. Bemfam/Macro Internacional. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996. Relatório Final Macro Internacional*. Rio de Janeiro: Bemfam/Macro Internacional, 1997.
3. Blais R. Are home births safe? *CMAJ* 2002;166:335-6.
4. Declercq ER, Payne LL, Winter MR. Home birth in the United States, 1989-1992: a longitudinal descriptive report of national birth certificate data. *J Nurse Midwifery* 1995;40:474-82.
5. Janssen PA, Lee SK, Ryan EM, Etches DJ, Farquharson DF, Peacock D, Klein M. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. *Canadian Med Assoc J (CMAJ)* 2002;166:315-23.
6. Lansky S, França E, Leal MC. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002;18:1389-400.

7. Northern Region Perinatal Mortality Survey Coordinating Group. Collaborative survey of perinatal loss in planned and unplanned home births. *BMJ* 1996;313:1306-9.
8. Rodie VA, Thomson AJ, Norman JE. Accidental out-of-hospital deliveries: an obstetric and neonatal case control study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:50-4.
9. Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hadar A, Hershkovitz R, Sheiner EK. Accidental out-of-hospital delivery as an independent risk factor for perinatal mortality. *J Reprod Med* 2002;47:625-30.
10. Fundação Nacional de Saúde [Funasa]. Banco de dados dos Sistemas de Informação de Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (SINASC) - 1996 a 2000 [CD-ROM]. Brasília (DF); 2002.
11. Springer N, van Weel C. Home birth. *BMJ* 1996;313:1276.
12. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med* 1994;38(8):1091-110.
13. Vedam S. Home birth versus hospital birth: questioning the quality of evidence on safety. *Birth* 2003;30:57-62.
14. Viisainen K, Gissler M, Hartikainen A-L, Hemminki E. Accidental out-of-hospital births in Finland: incidence and geographical distribution 1963-1995. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78:372-8.