

## **Perfil sociodemográfico de mulheres que tiveram partos domiciliares do município do Rio de Janeiro, no período de 2010 a 2017**

**Sociodemographic profile of women who had homebirth in the municipality of Rio de Janeiro, from 2010 to 2017**

**Perfil sociodemográfico de mujeres que han partido en casa en el municipio de Rio de Janeiro, de 2010 a 2017**

Recebido: 31/01/2022 | Revisado: 07/02/2022 | Aceito: 13/02/2022 | Publicado: 18/02/2022

### **Wankarla Barbosa Chaves**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5853-3908>  
Universidade Federal Fluminense, Brasil  
E-mail: [wankarlabarbosa@gmail.com](mailto:wankarlabarbosa@gmail.com)

### **Cristina Portela da Mota**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7496-3385>  
Universidade Federal Fluminense, Brasil  
E-mail: [motacristinap@gmail.com](mailto:motacristinap@gmail.com)

### **Jorge Luiz Lima da Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2370-6343>  
Universidade Federal Fluminense, Brasil  
E-mail: [jorgeluilzlima@gmail.com](mailto:jorgeluilzlima@gmail.com)

### **Ricardo José de Oliveira Mouta**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1284-971X>  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil  
E-mail: [ricardomouta@hotmail.com](mailto:ricardomouta@hotmail.com)

### **Taynara Da Costa Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1979-1474>  
Universidade Estácio de Sá, Brasil  
E-mail: [nara72018@gmail.com](mailto:nara72018@gmail.com)

### **João Carlos Dias Filho**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0118-3243>  
Escola Multicampi de Ciências Médicas, Brasil  
E-mail: [jfilho522@gmail.com](mailto:jfilho522@gmail.com)

### **Gabriella Filippini Silva Ramos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2570-0498>  
Instituto Fernandes Figueira - Fiocruz, Brasil  
E-mail: [gfilippini@id.uff.br](mailto:gfilippini@id.uff.br)

### **Resumo**

O parto domiciliar é entendido como a assistência prestada à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério imediato, no ambiente domiciliar, realizado por profissional qualificado, de livre escolha da mulher e registrado em seu Conselho de Classe. O objetivo da pesquisa foi descrever o perfil sociodemográfico das mulheres nos partos domiciliares no município do Rio de Janeiro no período de 2010 a 2017. Material e Método: Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem documental e com análise quantitativa, onde foram investigados os partos assistidos em domicílio, notificados no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2017, no município do Rio de Janeiro. Para a coleta dos dados foram utilizados dados disponibilizados no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus)/Tabnet da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro a partir do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc) sobre os nascimentos em domicílios entre janeiro de 2010 a dezembro de 2017 e realizado cruzamentos das variáveis para análise de estudos. Dessa forma, o estudo evidenciou-se que houve um aumento de números de partos domiciliares e que estes ocorreram em maior parte em bairros de classe média-alta, população jovem, branca, solteiras, gestação a termo e feto único.

**Palavras-chave:** Parto domiciliar; Gestantes; Enfermagem.

### **Abstract**

Home delivery is understood as the care provided to the woman during pregnancy, childbirth and the immediate puerperium in the home environment, performed by a qualified professional, freely chosen by the woman and registered in her Class Council. The objective of the study was to describe the sociodemographic profile of women in home births in the municipality of Rio de Janeiro, Brazil, from 2010 to 2017. Material and Method: This is a descriptive study, with a documental approach and a quantitative analysis, where assisted births were investigated and reported from January

2010 to December 2017, in the city of Rio de Janeiro. Data were collected from data from the Information System of the Unified Health System (DATASUS)/TABNET of the Municipal Health Secretariat of Rio de Janeiro from the Information System for Live Births (SINASC) on births in households between January 2010 and December 2017 and performed crosses of the variables for study analysis. The study showed that there was an increase in the number of home births and that these occurred mostly in middle-upper-class neighborhoods, young, white, single, full-term and single-fetus.

**Keywords:** Home childbirth; Pregnant women; Nursing.

### Resumen

Se entiende por parto domiciliario la asistencia que se brinda a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio inmediato, en el ámbito domiciliario, realizada por un profesional calificado, libremente elegido por la mujer e inscrito en su Consejo de Clase. El objetivo de la investigación fue describir el perfil sociodemográfico de las mujeres en partos domiciliarios en la ciudad de Río de Janeiro de 2010 a 2017. Material y Método: Este es un estudio descriptivo, con enfoque documental y análisis cuantitativo, donde los partos asistidos en casa, reportada de enero de 2010 a diciembre de 2017, en la ciudad de Río de Janeiro. Para la recolección de datos, se utilizaron los datos disponibles en el sitio web del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (Datusus)/Tabnet de la Secretaría Municipal de Salud de Río de Janeiro, con base en el Sistema de Información de Nacidos Vivos (Sinasc) sobre nacimientos en los hogares entre enero de 2010 y diciembre de 2017 y cruzando las variables para análisis de estudios. Así, el estudio mostró que hubo un aumento en el número de partos domiciliarios y que estos ocurrieron mayoritariamente en barrios de clase media alta, poblaciones jóvenes, blancas, solteras, a término y de feto único.

**Palabras clave:** Parto domiciliário; Mujeres embarazadas; Enfermería.

## 1. Introdução

Historicamente, o cuidado com a gestação e o parto foi do domínio das mulheres e realizado com base no conhecimento oral e gestual transmitido de geração em geração. O parto era um evento a ser vivido no espaço doméstico por mulheres e familiares responsáveis por acolher e cuidar da mulher e da criança recém-chegada, que assim era inserida na família e na comunidade. Contudo, mudanças sociais contribuíram para que a gestação e o parto passassem para o domínio da obstetrícia médica (Castro, 2015).

Os partos em domicílios eram assistidos por parteiras sem nenhuma preparação técnica, sendo considerado uma assistência não-intervencionista e por muito tempo foi uma prática comum inserida na sociedade. E só a partir do século XX, o local mais comum no país para o parto é o hospital, como constatado na mais recente Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS-2006), demonstrando a universalização do parto hospitalar, já que dados indicaram que 98% dos partos são hospitalares (Brasil, 2008). Atualmente, hoje deve-se considerar que o ambiente onde é realizado o parto é importante, pois este pode ajudar ou atrapalhar a evolução do trabalho de parto. Aqui no Brasil, além do hospital, existem outros locais pouco difundidos, onde o parto é tratado como um processo fisiológico, sobretudo os que ocorrem nas casas de parto e em domicílio (Prato, 2002).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), visando à humanização da assistência ao parto normal e à redução do índice de morbimortalidade materna e perinatal, em 1998, por meio das portarias Ministeriais nº 2.815/98 e nº 2.816/98 respectivamente, estabeleceu o pagamento pelo procedimento do parto normal sem distocia à enfermeira obstetra, estabeleceu o pagamento do percentual máximo de cesarianas e, através da Portaria 163/98, estabeleceu a emissão de laudo de (AIH) de parto normal realizado pela enfermeira (Caparroz, 2003).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009) sobre os registros de nascidos vivos no ano de 2009, aproximadamente 1,25% dos partos no país ocorreram no domicílio. A região Norte possui um percentual maior que 5 vezes a média nacional, sendo que cerca de 6,5% dos partos são domiciliares. Neste ranking seguem a região Nordeste (1,51%), Centro-Oeste (0,56%), Sudeste (0,27%) e Sul (0,21%), respectivamente. O estado com o maior número absoluto de partos realizados em casa é o Pará, com 7.359 partos em 2009, o que representa 6,23% dos partos realizados no estado neste mesmo ano.

A assistência ao parto e nascimento no Brasil não é homogênea. Embora a maioria dos partos ocorrem em ambiente hospitalar, o parto e nascimento domiciliares assistidos por parteiras tradicionais estão presentes no país, principalmente nas

regiões Norte e Nordeste, sobretudo nas áreas rurais, ribeirinhas, de floresta, de difícil acesso e em populações tradicionais como quilombolas e indígenas (Resende & Braga, 2010).

Diante do exposto, inúmeras mudanças aconteceram ao parto doméstico, mas sua prática ainda representa uma modalidade de assistência ao parto bastante prematura surgindo o seguinte questionamento: “Qual é o perfil sociodemográfico das mulheres que tiveram partos domiciliares no município do Rio de Janeiro no período de 2010 a 2017?”. Dessa forma, este estudo tem como objetivo descrever o perfil sociodemográfico das mulheres que tiveram partos domiciliares no município do Rio de Janeiro, no período de 2010 a 2017.

## 2. Metodologia

Trata-se de estudo descritivo, exploratório, documental e com abordagem quantitativa e em meio eletrônico, por meio do programa Tabnet, onde foram investigados os nascimentos assistidos em domicílio, notificados no Sistema de Nascidos Vivos (Sinasc) no período de 2010 a 2017, ocorridos no município do Rio de Janeiro, capital do Estado do Rio de Janeiro, localizado no Brasil. O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) foi implantado oficialmente a partir de 1990, com o objetivo de coletar dados sobre os nascimentos informados em todo Território Nacional e fornecer dados sobre natalidade para todos os níveis do Sistema de Saúde.

Os dados foram coletados no período de outubro a dezembro de 2018. Foram utilizados dados disponibilizados no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus)/Tabnet da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro sobre os partos assistidos em domicílios entre janeiro de 2010 a dezembro de 2017 no município do Rio de Janeiro obtidos no Sinasc e realizado cruzamentos de algumas variáveis para análise e estudo das mesmas. As variáveis investigadas neste estudo foram sociodemográficas e clínico-obstétricas: idade da mulher, escolaridade da mulher, estado civil da mulher e raça/cor da mulher, número de consultas pré-natal, duração da gestação, tipos de gravidez (única ou gemelar) e peso do recém-nascido.

De acordo com o Sinasc desenvolvido pelo Datasus visando reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo Território Nacional, as variáveis sociodemográficas foram estratificadas em oito categorias em relação a idade: 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 a 29 anos, 30 a 34 anos, 35 a 39 anos, 40 a 44 anos e 45 a 49 anos. Para a variável sociodemográfica demográfica - raça/cor - foi estratificada as seguintes categorias: branca, preta, amarela, parda e indígena. Para a variável sociodemográfica - grau de escolaridade - foi estratificada as categorias de acordo com os anos de estudo conforme a declaração de nascidos vivos, a saber: de 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos e de 12 anos ou mais de escolaridade.

Para a variável sociodemográfica - estado civil - foi estratificada as categorias: solteira, casada, viúva, separada judicialmente/divorciada e união estável consensual/estável.

Para as variáveis clínico-obstétricas foram estratificadas em relação ao número de consultas pré-natal: 1 a 3 vezes, 4 a 6 vezes e 7 ou mais consultas; duração da gestação: menos 22 semanas, de 22 a 27 semanas, 28 a 31 semanas, 32 a 36 semanas, 37 a 41 semanas e 42 e mais semanas; tipo de gravidez: única ou dupla e peso ao nascer: 0g a 499g, 500g a 999g, 1000g a 1499g, 1500g a 1999g, 2000g a 2499g, 2500g a 2999g, 3000g a 3499g, 3500g a 3999g, 4000g a 4499g 4500g e mais quilos. Cabe ressaltar que as informações ignoradas, não informadas e nenhuma foram colocadas nas tabelas apenas para a discussão no que concerne a importância/necessidade de qualificação do preenchimento de todas as variáveis da declaração de nascidos vivos de modo que os dados sejam os mais completos possíveis, permitindo assim que análises mais precisas sejam realizadas.

Os dados foram organizados, armazenados e tabulados em planilha no programa Microsoft Excel 2010 para fins de correlação de frequência de tabelas e gráficos. Posteriormente, os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, com frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas. A análise descritiva caracterizou a população estudada conforme

variáveis sociodemográficas e as condições clínico-obstétricas das mulheres que tiveram seus partos assistidos em domicílios no município do Rio de Janeiro no período de 2010 a 2017.

Para fundamentar as discussões foram utilizados artigos científicos e documentos legislativos que estão relacionados com a temática específica do presente estudo. Este estudo se realizou com dados primários de acesso público, sem identificação nominal dos sujeitos, não oferecendo riscos éticos à população de análise. Sendo assim, não houve necessidade de envio e aprovação ao Comitê de Ética em Pesquisa.

### 3. Resultados

Foram analisados os resultados dos partos assistidos em domicílio no município do Rio de Janeiro no período de 2010 a 2017. Nesta seção, os dados são apresentados de forma descritiva para que posteriormente sejam discutidos.

#### 3.1 Características sociodemográficas das mulheres que tiveram seus partos assistidos em domicílio no município do rio de janeiro

Nos últimos sete anos, o total de números de partos assistidos em domicílio no município do Rio de Janeiro foi igual a 2606, sendo 251 no ano de 2010; 288 em 2011; 286 em 2012, 301 em 2013; 323 em 2014; 374 em 2015; 397 em 2016 e 386 no ano de 2017 (Gráfico 1).

**Gráfico 1:** Números de partos domiciliares no município do Rio de Janeiro de 2010 a 2017.



Fonte: DataSus/Tabnet-Rio (2018).

Houve um aumento de 2,76% e aumento absoluto de 135% nos partos assistidos em domicílios de 2010 até 2017 no município do Rio de Janeiro. A maior taxa em relação ao total (2606), foi registrada em 2016 com 15,23%, e a menor, em 2010 com 9,63%. Observou-se, ainda, que nos anos 2011 a 2014, os percentuais ficaram na faixa aproximada de 11% a 13%, enquanto de 2015 a 2017 esse percentual ficou acima de 14%, o que gera uma expectativa de permanecer nesta faixa, se não houver intervenções significativas do poder público, conscientizando as famílias sobre o perigo deste tipo de parto, bem como oferecendo os recursos necessários para o atendimento das futuras parturientes nas clínicas e maternidades, conforme aponta o Quadro 1.

**Quadro 1:** Número de partos domiciliares no município do Rio de Janeiro – 2010 a 2017, n=2606.

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Frequência absoluta (f0)	251	288	286	301	323	374	397	386
Relação porcentagem (%)	9,63%	11,05%	10,97%	11,55%	12,39%	14,35%	15,23%	14,81%

Fonte: DataSus/Tabnet – Rio (2018).

**Tabela 1:** Distribuição das mulheres segundo as características sociodemográficas do parto no domicílio – período de 2010 a 2017, n=2606.

Variáveis	f0	%
<b>Idade</b>		
10-14 anos	016	00,61%
15-19 anos	339	13,01%
20-24 anos	603	23,14%
25-29 anos	626	24,02%
30-34 anos	600	23,02%
35-39 anos	332	12,74%
40-44 anos	084	03,22%
45-49 anos	006	00,23%
<b>Escolaridade</b>		
Nenhuma	0021	00,81%
1-3 anos	0166	06,37%
4-7 anos	0813	31,20%
8-11 anos	1032	39,60%
12 e+	0502	19,26%
Não informado	0013	00,50%
Ignorado	0059	02,26%
<b>Estado Civil (Nº= 2606)</b>		
Solteira	2005	76,94%
Casada	0385	14,77%
Viúva	0002	00,08%
Separada judicial/Divorciada	0014	00,54%
União consensual/estável	0161	06,18%
Não informado	0017	00,65%
Ignorado	0022	00,84%
<b>Raça/Cor da Mãe (Nº= 2606)</b>		
Branca	0628	24,10%
Preta	0282	10,82%
Amarela	0008	00,31%
Parda	1292	49,58%
Indígena	0004	00,15%
Não informado	0382	14,66%
Ignorado	0010	00,38%

Fonte: DataSus/Tabnet – Rio (2018).

A tabela revelou que, na variável idade da mãe, as mulheres entre 20 a 34 anos foram as que mais tiveram filhos em domicílio, representando mais de 70% do total no período. Por outro lado, o menor percentual de mulheres que tiveram seus filhos na própria residência está entre 45- 49 anos, com apenas 0,23%. As faixas de 15 a 19 anos e 35 a 39 anos demonstraram um percentual em torno de 13,00%, enquanto de 40 a 44 anos observou-se bastante redução para 3,22%. Comprova-se, desta forma, que poucas mulheres ao atingir a idade de 40 anos dão luz aos filhos. Destacou-se que nesta variável um percentual de 0,61% referente a mães com idade inferior a 14 anos.

Na variável escolaridade, houve maior incidência de partos domiciliares entre mulheres com 8-11 anos de estudo, com 40%, seguida pelas faixas de 4 a 7 anos de estudo e acima de 12 anos, com 31% e 19%, respectivamente. A pesquisa demonstra que muitas grávidas, com escolaridade acima de 4 anos preferem o parto domiciliar, representando 90%, enquanto aquelas sem nenhuma escolaridade, quase todas não realizam este tipo de parto, pois foram apenas 0,81% (Tabela 1).

Na variável estado civil, registrou que aproximadamente 77% das mulheres estavam solteiras no momento do parto, enquanto as casadas eram 15% e aquelas em “união estável” 6%. A pesquisa demonstra a inversão de um dos principais costumes da sociedade, quando, em tempos passados, a maioria das mulheres parturientes eram casadas (Tabela 1).

A variável sobre a raça/cor da mãe, apresenta quase 50% das mulheres pardas; a seguir, vem as brancas, com 24%, e apenas 11% são negras. Um item que chamou bastante atenção foi o percentual de quase 15% de mulheres que não informaram sua cor (Tabela 1).

### **3.2 Condições clínico-obstétricas das mulheres que tiveram seus partos assistidos em domicílio, no município do rio de janeiro**

Os resultados acerca das condições clínico-obstétricas das mulheres assistidas no domicílio, aponta que prevaleceu que o número de consultas no pré-natal foi superior a 7 e cujo percentual foi 38%; em seguida, houve a faixa com 4 a 6 consultas, com 22% e aquelas gestantes que não se consultaram durante o pré-natal, em percentual de 17%. Este último dado representa um número significativo e preocupante, tanto para a mãe como para o feto, devido à ausência de acompanhamento de profissionais de saúde (Tabela 2).

Em relação à duração da gestação, foi um outro item pesquisado neste quadro, que apresentou em maior parte, a duração de 37 a 41 semanas, um percentual de 81%, o que se considera a termo, segundo o Ministério da Saúde. Em seguida, foi constatado o percentual de 11% para gravidez com duração de 32 a 36 semanas. Os demais períodos de duração apresentaram em torno de 6% (Tabela 2).

O último item pesquisado neste quadro foi o tipo de gravidez, que predominou “única”, isto é, um feto, com aproximadamente 99%, sendo este o mais comum em todas as gestantes. Ainda se constatou um percentual insignificante de 0,6% de gravidez “dupla”, isto é, gêmeos (Tabela 2).

**Tabela 2:** Distribuição das mulheres segundo as condições clínico-obstétricas do parto normal no domicílio: número de consultas no pré-natal, duração da gestação e tipo de gravidez, n=2606.

<b>Variáveis</b>	<b>f0</b>	<b>%</b>
<b>Nº de consultas Pré-Natal</b>		
Nenhuma	443	17,00%
1-3 vezes	338	12,97%
4-6 vezes	567	21,76%
7 e +	995	38,18%
Ignorado	263	10,09%
<b>Duração da gestação</b>		
Ignorado	0006	00,23%
Menos 22	0002	00,08%
22 a 27	0035	01,34%
28 a 31	0059	02,26%
32 a 36	0287	11,01%
37 a 41	2101	80,62%
42 e mais	0052	02,00%
Não informado	0064	02,46%
<b>Tipo de Gravidez</b>		
Única	2578	98,93%
Dupla	0015	00,58%
Não informado	0002	00,08%
Ignorado	0011	00,42%

Fonte: DataSus/Tabnet – Rio (2018).

Observa-se na tabela, os recém-nascidos nasceram, em sua maioria, com peso entre 2,5 kg a 3,4 kg representando um percentual de cerca de 80%. Houve também o grupo com 3,0 kg a 3,5 kg, cujo percentual observado foi 15,5% e abaixo do peso esperado houve um percentual de 9,4% de crianças com peso de 2,0 kg a 2,5 kg, havendo outras faixas de peso anormais, embora em percentual menor. Ressalta-se que os números de filhos nascidos abaixo do peso exigem maiores cuidados tanto das famílias, como dos órgãos públicos de saúde, como, por exemplo, a utilização de equipamentos técnicos mais sofisticados, por exemplo, UTI Neonatal, incubadoras ou alojamento canguru.

**Tabela 3:** Distribuição dos recém-nascidos de parto assistido no domicílio segundo o peso, n=2606.

Peso ao nascer		
0g a 499g	003	00,12%
0500g a 0999g	045	01,73%
1000g a 1499g	055	02,11%
1500g a 1999g	084	03,22%
2000g a 2499g	246	09,44%
2500g a 2999g	779	29,89%
3000g a 3499g	897	34,42%
3500g a 3999g	406	15,58%
4000g a 4499g	074	02,84%
4500g e mais	008	00,31%
Ignorado	009	00,35%

Fonte: DataSus/Tabnet – Rio (2018).

Após os resultados, pôde-se observar as áreas de abrangências dos bairros em que se alocam em Área Programática (AP) e Região Administrativa (RA) onde residiam as gestantes pesquisadas. A Área Programática que o maior percentual foi a AP 4.0, com 22,3%, bem distante das outras seguintes, as AP 3.1 e 5.2, cada uma em torno de 13,0%. As áreas programáticas com menor percentual foram as AP 1.0 e 2.2, com 4,9% e 4,3%, respectivamente.

Na pesquisa referente a RA, o que apresentou maior percentual de partos em domicílio foi Jacarepaguá, com quase 15%, seguido de Campo Grande e Santa Cruz, cada um, em torno de 8%.

Destaca-se que o bairro Jacarepaguá está situado na AP 4.0, o que justifica aquela área de abrangência ter apresentado o maior percentual em nossa pesquisa. Por outro lado, no bairro Ilha de Paquetá foi praticamente inexistente parto nesta modalidade domiciliar, ocorrendo o percentual abaixo de 0,1%. Este bairro localiza-se na AP 1.0, o que, também, justifica o menor percentual para aquela Área Programática, entre as demais. Também apresentaram números reduzidos, os bairros da zona Portuária e Centro, com apenas 0,6% cada um.



**Tabela 4:** Distribuição dos recém-nascidos de parto assistidos em domicílio segundo a área programática e as regiões administrativas do município do Rio de Janeiro – 2010 a 2017, n=2606.

<b>Área Programática</b>	<b>f0</b>	<b>%</b>
AP 1.0	130	04,99%
AP 2.1	276	10,59%
AP 2.2	113	04,34%
AP 3.1	332	12,74%
AP 3.2	168	06,45%
AP 3.3	266	10,21%
AP 4.0	582	22,33%
AP 5.1	191	07,33%
AP 5.2	338	12,97%
AP 5.3	210	08,06%
<b>Regiões Administrativas (RA) de Residência</b>		
001 PORTUÁRIA	016	00,61%
002 CENTRO	017	00,65%
003 RIO COMPRIDO	020	00,77%
004 BOTAFOGO	126	04,83%
005 COPACABANA	044	01,69%
006 GAVEA	064	02,46%
007 SAO CRISTOVAO	037	01,42%
008 TIJUCA	071	02,72%
009 VILA ISABEL	042	01,61%
010 RAMOS	070	02,69%
011 PENHA	124	04,76%
012 INHAUMA	060	02,30%
013 MEIER	094	03,61%
014 IRAJA	041	01,57%
015 MADUREIRA	097	03,72%
016 JACAREPAGUA	390	14,97%
017 BANGU	191	07,33%
018 CAMPO GRANDE	220	08,44%
019 SANTA CRUZ	210	08,06%
020 ILHA DO GOVERNADOR	070	02,69%
021 PAQUETA	001	00,04%
022 ANCHETA	052	02,00%
023 SANTA TERESA	039	01,50%
024 BARRA DA TIJUCA	139	05,33%
025 PAVUNA	076	02,92%
026 GUARATIBA	118	04,53%
027 ROCINHA	042	1,61%
028 JACAREZINHO	014	0,54%
029 COMPLEXO DO ALEMAO	017	0,65%
030 MARE	051	1,96%
034 CIDADE DE DEUS	053	2,03%

Fonte: DataSus/Tabnet – Rio (2018).

**Quadro 2:** Bairros de abrangência das áreas programáticas.

<b>Áreas Programáticas</b>	<b>Bairros de Abrangência</b>
AP 1.0	Saúde, Gamboa, Santo Cristo, Caju, Catumbi, Centro, Rio Comprido, Cidade Nova, Estácio, Benfica, Mangueira, Paquetá, Vaso da Gama e São Cristóvão.
AP 2.1	Botafogo, Catete, Copacabana, Cosme Velho, Flamengo, Gávea, Glória, Humaitá, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Laranjeiras, Leblon, Leme, Rocinha, São Conrado, Urca e Vidigal.
AP 2.2	Alto da Boa Vista, Andaraí, Grajaú, Maracanã, Praça da Bandeira, Tijuca e Vila Isabel.
AP 3.1	Bonsucesso, Brás de Pina, Complexo do Alemão, Ribeira, Zumbi, Cacuia, Pitangueiras, Praia da Bandeira, Cocotá, Bancários, Freguesia, Jardim Guanabara, Jardim Carioca, Tauá, Monero, Portuguesa, Galeão, Cidade Universitária, Ilha do Governador, Manguinhos, Maré, Olaria, Cordovil, Parada de Lucas, Jardim América, Penha, Penha Circular, Ramos e Vigário Geral.
AP 3.2	Del Castilho, Higienópolis, Maria da Graça, Maria da Graça, Engenho da Rainha, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Inhaúma, Jacaré, Jacarezinho, Lins de Vasconcelos, Méier, Piedade, Rocha, Riachuelo, Sampaio, São Francisco Xavier Todos os Santos, Cachambi, Água Santa, Encantado, Abolição e Tomás Coelho.
AP 3.3	Acari, Anchieta, Cascadura, Coelho Neto, Colégio, Campinho, Cavalcanti, Guadalupe, Honório Gurgel, Barros Filho, Costa Barros, Irajá, Madureira, Bento Ribeiro, Marechal Hermes, Oswaldo Cruz, Guadalupe, Pavuna, Parque Columbia, Quintino, Engenho Leal, Vaz Lobo, Turiachu, Ricardo de Albuquerque, Rocha Miranda, Vista Alegre, Vicente de Carvalho, Vila Cosmos e Vila da Penha.
AP 4.0	Barra da Tijuca, Camorim, Cidade de Deus, Grumari, Jacarepaguá, Anil, Gardênia Azul, Curicica, Freguesia (JPA), Pechincha, Taquara, Tanque, Praça Seca, Vila Valqueire, Joá, Itanhangá, Recreio dos Bandeirantes, Vargem Grande e Vargem Pequena.
AP 5.1	Bangu, Deodoro, Jardim Sulacap, Vila Kennedy, Senador Camará, Padre Miguel, Campos dos Afonsos, Magalhães Bastos, Realengo e Vila Militar.
AP 5.2	Barra de Guaratiba, Campo Grande, Guaratiba, Santíssimo, Senador Vasconcelos, Inhoaíba, Cosmos e Pedra de Guaratiba.
AP 5.3	Paciência, Santa Cruz e Sepetiba.

Fonte: DataSus/Tabnet – Rio (2018).

#### 4. Discussão

O parto domiciliar tem crescido cada vez mais, especialmente nos grandes centros urbanos como o município do Rio de Janeiro, frente à crescente insatisfação das mulheres com o sistema obstétrico hospitalar vigente (Cursino & Benincasa, 2018).

Um estudo sobre a análise das percepções das mulheres acerca da assistência obstétrica realizado com 56 mulheres, nos alojamentos conjuntos de quatro maternidades públicas da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro no ano de 2014 apontou um problema recorrente para as mulheres, a peregrinação, que traz três conotações a respeito do direito, da ausência de cuidado e dos sentimentos vivenciados pela busca de atendimento. Esses pontos estão interligados pela lógica do descumprimento de ações que assegurem os direitos sexuais, reprodutivos e humanos, além do despreparo das instituições em oferecer uma assistência de qualidade (Rodrigues et al., 2015).

É notório que no ano de 2016, foi o ano que teve maior índice de parto domiciliar no período estudado. Este fato sugere-se ao fato da publicação da resolução COFEN 516/2016 que normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Logo, com essa resolução, o enfermeiro tem competência para atuar em parto domiciliar, o que provocou a criação de equipes de PD, pois trouxe segurança às gestantes.

Os dados evidenciados no Gráfico 1 e no Quadro 1, confirmam aquilo que vem sendo observado a nível de todo o Território Nacional, o parto domiciliar como uma opção ainda pouco explorada, contudo, em ascensão, e que provavelmente está relacionado com um movimento caracterizado pela contestação ao atendimento obstétrico tradicional, e da busca efetuada, pelas gestantes, por um parto com mais dignidade, respeito e humano (Sanfelice & Shimo, 2015).

O ponto de partida para as mulheres optarem pelo parto domiciliar não reside no desejo pelo local em si, mas um sentido de rejeição a uma série de intervenções que culminam nos partos cesáreos, ou nos partos via vaginal repletos de intervenções

quando realizados nos hospitais e nas maternidades (Lessa et al., 2018).

Um estudo conduzido com gestantes secundíparas revelou que a vivência da mulher em partos anteriores pode influenciar sua opção pelo parto domiciliar. No referido estudo, diversas mulheres com cesariana anterior desejam não repetir uma experiência frustrante relacionada ao desfecho em cesariana, que posteriormente foi reconhecida como desnecessária. Essas mulheres também rejeitam submeter-se a rotinas hospitalares e práticas assistenciais consideradas como fatores estressantes como infusão endovenosa, alimentação e mobilidade restritas, limitação na presença de familiares e intervenções com o bebê (Colacioppo, 2010).

Ressalta-se que as mulheres que tiveram a experiência dessa modalidade de parto domiciliar acabam contribuindo de maneira relevante para a tomada dessa decisão em outras famílias, por meio de uma troca de saberes relacionados ao tema com seus relatos de experiências, tendo em vista que um número considerável de parte das mulheres não cogitaria um parto domiciliar se já não tivessem conhecido alguém que havia passado pela experiência. Além disso destaca-se ainda informação através de livros, internet, profissionais de saúde e trocas com mulheres como fatores de decisão pelo parto domiciliar, outra estratégia que emerge positiva nesse contexto são os encontros de gestantes, em que as mulheres trocam informações e experiências entre si, construindo uma rede de apoio que suporte essa decisão (Cursino & Benincasa, 2018).

Em relação a institucionalização do parto, observa-se na literatura científica que pequena porcentagem dos partos que não ocorrem em estabelecimentos de saúde são nascimentos de urgência e/ou não planejados, ocorrendo na maioria das vezes onde o acesso ao serviço é tardio e precário. No entanto existe uma crescente quantidade de partos domiciliares assistidos por profissionais de saúde capacitados, os quais são planejados antecipadamente para acontecerem em domicílio. O parto domiciliar atualmente tem estado em evidência na mídia, nas redes sociais, entre os conselhos profissionais de saúde e entre os mais diversos setores da sociedade nos últimos anos (Sanfelice & Shimo, 2014).

Ao analisar a tabela, a maioria das mulheres com parto domiciliar no município do Rio de Janeiro situa-se na faixa etária recomendada para gestação, compreendendo a faixa etária de 20 a 34 anos. Os dados deste estudo corroboram os dados do estudo de Koettker (2002) em que a idade mediana das mulheres foi de 28 anos. Essa faixa etária das mulheres é considerada de baixo risco reprodutivo semelhante a outras amostras estudadas no Brasil e no exterior. Além disso, segundo a FREBASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia), “a faixa etária dos 19 aos 35 anos é a ideal para a gestação, pois nessa fase da vida é possível evitar as atribulações emocionais da adolescência e também as condições adversas endócrinas e metabólicas da pré-menopausa” (Peixoto, 2014).

Diante do resultado desta pesquisa, a partir de 35 anos houve uma redução de quase 50% em relação às idades mais jovens. A gestação tardia é associada a eventos obstétricos adversos, pois ocorrem mais abortamentos espontâneos e induzidos, maior risco para mortalidade perinatal, gravidez ectópica, baixa vitalidade do recém-nascido, baixo peso ao nascer, parto pré-termo e fetos pequenos para a idade gestacional (Aldrighi, 2016).

Em relação ao grau de escolaridade, observa-se nos dados que a maioria das mulheres com parto domiciliar possuía em média entre 8 a 11 anos de estudo, o que corresponde à escolaridade média, ou seja, o ensino médio. No entanto, também se observa número considerável daquelas com apenas 4 a 7 anos de estudo, o que corresponde aos estudos do ensino fundamental.

Deve-se considerar que menores níveis de escolaridade associa-se a menor poder aquisitivo, e tendo em vista que para o parto domiciliar programado existe todo um custo a ser pago pela gestante e sua família, já que a esfera pública não custeia essa modalidade de parto, reflete-se sobre o parto domiciliar acidental como um fato relevante dentre as parturientes com menor escolaridade. Ainda que a declaração de nascido vivo não forneça informações sobre o planejamento ou não do parto domiciliar, sabe-se que a nível nacional esse fenômeno é predominantemente acidental, já que no país não há programas governamentais que forneçam suporte à realização de partos domiciliares. A literatura identifica que dentre os fatores de natureza socioeconômica associados ao parto domiciliar acidental estão a maior frequência de mães sem companheiro, e ainda a baixa escolaridade (Silva,

2012).

Em relação ao estado civil, os dados apontam para a maior parte das parturientes sendo solteiras. As novas configurações familiares, em especial aquelas representadas pelas mães solteiras, exigem uma série de adaptações, haja vista a ausência do pai apresentar implicações significativas para o desenvolvimento da família. Tal condição gera sobrecarga materna, principalmente em situações relacionadas a dificuldades econômicas, sociais e afetivas (Carvalho, 2014). Sugere-se que o parto domiciliar programado relaciona-se a uma escolha, na maior parte das vezes com a presença de tanto da figura materna como da figura paterna e mostra-se ser predominante em regiões de maior poder aquisitivo. Enquanto que o parto domiciliar acidental está relacionado na maior parte das vezes exclusivamente a uma figura materna, ausência do pai e em regiões de maior vulnerabilidade socioeconômica dos grandes centros urbanos.

Em relação à raça/cor da mãe, de acordo com a prefeitura do município do Rio de Janeiro, no censo de 2010 desta cidade, pôde-se constatar que os brancos apresentam renda domiciliar per capita superior aos negros e que em relação ao sexo, as mulheres tem renda inferior aos homens. Logo, isso quer dizer que mulheres brancas possuem renda maior que as negras. Sabe-se que no parto domiciliar planejado há um desembolso alto, e por isso, só conseguem custear as mulheres que possuem renda maior. Desse modo, isso explica que na variável raça/cor da mãe houve predominância de mulheres pardas e brancas e a minoria de mulheres negras, amarelas e indígenas (Brasil, 2012).

Analisando os dados sobre o número de consultas pré-natal, observou-se que a maioria das mulheres tiveram entre 4-6 consultas. Porém, não foi preciso especificar quantas mulheres tiveram 6 consultas, no mínimo, como é preconizado de acordo com o caderno 32 - Atenção ao Pré-Natal de baixo risco - do Ministério da Saúde.

Analisando a variável duração da gestação, pode-se constatar que o maior índice de partos são os classificados como “a termo” (37 a 40 semanas de gestação) com maior frequência de casos notificados. E logo após pode-se verificar o número crescente de partos classificados como pré-termo (22 a 36 semanas de gestação). E com baixa frequência de partos classificados como de pós-termo (42 semanas ou mais de gestação). Segundo as Diretrizes Nacional de Assistência ao Parto Normal são considerados partos normais mulheres em trabalho de parto planejado (espontâneo ou induzido) entre 37 e 42 de gestação com feto único, vivo em apresentação cefálica” (Brasil, 2012). E, o trabalho de parto é definido no Manual de Técnico do Pré-Natal, Parto e Puerpério desenvolvido pela Secretaria de Estado e Saúde de São Paulo (SES/SP) como: “presença de duas ou três contrações uterinas a cada dez minutos, com ritmo e frequência regulares, acompanhadas de modificações cervicais caracterizadas pela dilatação maior ou igual a 2 cm e/ou esvaecimento maior que 50%” (Brasil, 2018).

A gestante entra em trabalho de parto devido aos estímulos das contrações uterinas que podem ocorrer de forma natural ou anormal. É comprovado através dos relatos e estudos clínicos de possíveis consequências “quando o parto não ocorrer até 41 semanas, é necessário encaminhar a gestante para avaliação do bem-estar fetal, incluindo a avaliação do índice de do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal. (...) a conduta de induzir o trabalho de parto em todas as gestantes com 41 semanas de gravidez é preferível à avaliação seriada do bem-estar fetal, pois observou menor risco de morte neonatal e perinatal e menor chance de cesariana no grupo submetido à indução do parto com 41 semanas” (Brasil, 2013, p. 33.).

A análise dos dados referentes ao tipo de gravidez do parto domiciliar mostrou que uma porcentagem acima de 98% são partos de gravidez única. Isso é relevante quando se analisa os riscos envolvidos em uma possível gestação dupla ou múltipla, a literatura indica que ao analisar os fatores de risco associados com mortalidade perinatal na gestação dupla, emerge o parto domiciliar com uma porcentagem de 14% do total de óbitos perinatais. Considera-se que o risco de mortalidade perinatal é grande em gestações múltiplas quando comparado com as únicas. A redução das mortes perinatais pode ser feita pelo reconhecimento precoce da gestação múltipla durante as consultas de pré-natal, ainda pela prevenção do trabalho de parto prematuro e pela disponibilidade de referências de emergência, a fim de evitar que esse parto se desenvolva em ambiente domiciliar e mostre-se como um fator de risco para o bebê (Maximiano, 2002).

Ao analisar a tabela, é possível observar com clareza o peso neonatal mais frequente, com o maior índice de neonatos nascidos com 3500g a 3499g, e como segunda maior frequência neonatos nascidos com 2500g a 2999g. O Ministério da Saúde (Brasil, 2013) preconiza que crianças nascidas com < 2500g é denominado recém-nascido (RN) de baixo peso, e para crianças nascidas com > 4000g é denominado como RN de sobrepeso. Demonstrando que o peso ideal de um recém-nascido saudável se encontra entre 2500g a 3999g, que baseado nos no quadro de resultados demonstra-se como 3000g a 3499g.

O peso fetal está diretamente relacionado a nutrição gestacional que necessita de um controle nutricional, IMC e ganho de peso da gestante em relação ao feto, necessitando ser avaliado criteriosamente conforme o caderno 32 (Brasil, 2013) estabelecendo que “deve-se acrescentar 300 calorias a mais do que nas gestações únicas e 600 em relação às não gestantes. Estes valores representam o percentil 25 e 75 de ganho de peso para gestantes que tiveram bebês com no mínimo 2.500g”.

- IMC < 18,5kg/m<sup>2</sup> (baixo peso): não há dados disponíveis suficientes para se fazer recomendações.
- IMC 18,5 para 24,9kg/m<sup>2</sup> (normal): aumento de 16,8 a 24,5kg.
- IMC 25,0 para 29,9kg/m<sup>2</sup> (sobrepeso): aumento de 14,1 a 22,7kg.
- IMC ≥ 30,0kg/m<sup>2</sup> (obesa): aumento de 11,4 a 19,1kg.
- Dieta ou suplementação de vitaminas: ferro (60mg/dia) e ácido fólico (1000mg/dia).

Ao analisar os dados da tabela e do quadro foi possível verificar que os partos domiciliares no município do Rio de Janeiro se concentram principalmente nas áreas programáticas 4.0, 5.2, e 3.1, respectivamente. Partindo desses dados, deve-se salientar que nem todo parto realizado em ambiente domiciliar é um parto planejado, muitos partos feitos em casa podem na realidade ser consequência das dificuldades de acesso da população carente ao hospital ou outro serviço de saúde (Colacioppo, 2010).

O parto domiciliar, quando abordado nos documentos e publicações do MS, é tratado como evento associado à falta de recursos econômicos e à dificuldade de acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2010; Castro, 2015). A partir dessa reflexão é possível inferir que as condições de saúde de grupos populacionais estão diretamente relacionadas às desigualdades sociais que estão submetidos. Ainda que o SUS forneça atenção praticamente universal ao parto, é possível existir um diferencial no acesso mediado por barreiras relativas às características individuais, sociais e de organização da atenção à saúde. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde é um dos aspectos que devem ser considerados. Nascer fora do ambiente hospitalar pode ser um marcador de vulnerabilidade social dessas mães, que se reflete em barreiras de acesso (Silva, 2012).

No município do Rio de Janeiro, o número de maternidades existentes (12) não dá conta de cobrir toda a população de gestantes conforme pode-se analisar nos dados a seguir. De acordo com a prefeitura municipal do Rio de Janeiro (2019), as maternidades da cidade estão localizadas nos seguintes bairros: Centro, São Cristóvão, Leblon, Lins de Vasconcelos, Madureira, Acari, Marechal Hermes, Barra da Tijuca, Bangu, Santa Cruz, Campo Grande. Observa-se que os bairros mais pobres na AP 3.1 (Complexo do Alemão, Mangueiras, Maré), ainda que exista uma maternidade de referência, a qual teria como área de abrangência essas regiões, são regiões desprovidos de uma maternidade centrada no bairro, fazendo com que um número considerável de gestantes não saiba onde procurar atendimento no momento do parto e conseqüentemente faz com que acabem ocorrendo partos acidentais em casa, sozinhos, e sem assistência. Soma-se a isso o fato de serem regiões constituídas por uma população em vulnerabilidade socioeconômica, o que impossibilita o pagamento do parto domiciliar assistido, concluindo-se assim que os partos domiciliares que ocorrem nesses bairros são majoritariamente não programados.

As desigualdades no acesso e no processo do cuidado têm origens distintas. O primeiro está relacionado à estrutura dos serviços de saúde, como por exemplo, disponibilidade de recursos humanos e de equipamentos, acessibilidade geográfica, oferta dos serviços e aceitabilidade ou adesão ao tratamento; o segundo abrange principalmente as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde, relacionando-se diretamente com a qualidade e equidade da atenção ofertada. Essas definições podem ajudar a identificar melhor as áreas críticas para redução dessas diferenças raciais observadas. Como é amplamente reconhecido

na literatura sobre exposição à discriminação racial, os efeitos e consequências para indivíduos e coletividades podem ser longos e duradouros, ou mesmo permanentes (Leal, 2017).

Os índices de parto demonstram que o parto domiciliar programado ou planejado (PDP) tem crescido entre parcelas privilegiadas da população, representando importante prática de exercício da autonomia da mulher em contraponto ao modelo obstétrico vigente, apresentando-se como alternativa segura de local de parto, com alto grau de satisfação para as mulheres e famílias. Este modelo de assistência, entretanto, apresenta-se como opção limitada, uma vez que o PDP não é oferecido pelo Sistema Único de Saúde, ainda inacessível para a maioria das mulheres no país (Cursino & Benincasa, 2018).

## 5. Conclusão

Através dos dados da ferramenta TABNET da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, o perfil sociodemográfico ficou constituído principalmente de mulheres solteiras, pardas, com idade de 25 a 29 anos, escolaridade de 8 a 11 anos de estudo, moradoras da área programática 4.0, e em condição clínica obstétrica de partos a termo, feto único e 7 ou mais consultas de pré-natal.

O parto é um momento especial na vida da mulher e do bebê. As mulheres escolhem o domicílio para dar à luz, pois é um ambiente que favorece a evolução fisiológica do parto, evita sofrer a violência obstétrica, proporciona segurança, autonomia, privacidade e aumenta os laços afetivos familiares.

Dá-se a importância de se conhecer o perfil sociodemográfico das mulheres que tiveram partos em domicílios, por ser um instrumento que mensura a efetividade das políticas de saúde, além de contribuir para o planejamento e implementação de programas que visem a melhoria da desigualdade social em saúde, de acordo com as diferenças epidemiológicas, econômicas e demográficas que caracterizam a região do Rio de Janeiro.

Cabe ressaltar que a contribuição do presente estudo consiste em expor os resultados do DATASUS sobre o perfil sociodemográfico das mulheres no parto domiciliar no município do Rio de Janeiro, possibilitando assim, para a necessidade de iniciativas governamentais de aumentar as maternidades, para atingir a população que mora a grandes distâncias da maternidade, e disponibilizar o serviço de parto domiciliar no SUS, atingindo a população de baixa renda, no qual o Programa Saúde da Família poderia ser uma das possibilidades de executar e gerar a inserção da enfermagem obstétrica.

## Referências

- Aldrighi, J. D., Wall, M. L., Souza, S. R. R. K., & Cancela, F. Z. V. (2016). As experiências das mulheres na gestação em idade materna avançada: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50, 0512-0521.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2012). *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica.
- Brasil, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde DATASUS (2018). *Informações de Nascidos Vivos do Brasil: banco de dados*.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2008). *Coordenação-Geral de Disseminação de Informações em Saúde*. Departamento de Informática do SUS.
- PNDS- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. (2009). PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. *Ministério da Saúde*. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília.
- Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2014). Tendências demográficas no município do Rio de Janeiro. *Censo Demográfico 2000-2010*. Relatório Final.
- Brasil, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP, 2018). *Linha de cuidado gestante e puérpera: manual técnico do pré-natal*.
- Brasil, Ministério da Saúde/Datasus. Apresentação. <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=363A6B0C0D0E0F363G6HIJd6L7M0N&VInclude=/site/texto.php>.
- Brasil, *TabNet municipal do Rio de Janeiro*. <[http://tabnet.rio.rj.gov.br/cgi-bin/dh?sinasc/definicoes/sinasc\\_apos2005.def](http://tabnet.rio.rj.gov.br/cgi-bin/dh?sinasc/definicoes/sinasc_apos2005.def)>
- Brasil, Prefeitura do Rio de Janeiro. Conselho Estratégico de informações da cidade. (2012). *Censo 2010 - A Cidade do Rio de Janeiro*.
- Caparroz, S. C. (2003). O resgate do parto normal: contribuições de uma tecnologia apropriada. *Editora UNIVILLE*, Universidade da Região de Joinville.

- Carvalho, I. S., Costa, P. F., Oliveira, J. C., & Brito, R. S. (2014). Perfil epidemiológico de partos e nascimentos ocorridos no domicílio: um estudo ecológico. *Rev Enferm UFPE*, 8(2), 3847-54.
- Castro, C. M. D. (2015). Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23, 69-75.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 0516/2016. *Conselho Federal de Enfermagem. Brasil*, DF, 2016. <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016\\_41989.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html)>.
- Colacioppo, P. M., Koiffman, M. D., Riesco, M. L. G., Schneck, C. A., & Osava, R. H. (2010). Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), 81-90.
- Cursino, T. P., & Benincasa, M. (2020). Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 25, 1433-1444. Datasus. Histórico/ Apresentação. <http://datasus.saude.gov.br/datasus>.
- Datasus. Portal Pesquisa Saúde passa a utilizar o sistema TABNET do DATASUS. <http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/534-portal-pesquisa-saude-passa-a-utilizar-o-sistema-tabnet-do-datasus>
- Peixoto, S. (2014). Manual de assistência pré-natal. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). [http://www.abenforj.com.br/site/arquivos/manuais/304\\_Manual\\_Pre\\_natal\\_25SET.pdf](http://www.abenforj.com.br/site/arquivos/manuais/304_Manual_Pre_natal_25SET.pdf)
- Leal, M. D. C., Gama, S. G. N. D., Pereira, A. P. E., Pacheco, V. E., Carmo, C. N. D. & Santos, R. V. (2017). A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33.
- Lessa, H. F., Tyrrell, M. A. R., Alves, V. H., de Ribeiro, A. O. (2016). Inserção e desenvolvimento da especialização em enfermagem obstétrica no estado de Sergipe: narrativas históricas. Dissertação. Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão- SE. Brasil.
- Rodrigues, D. P. (2018) A opção pelo parto domiciliar planejado: uma opção natural e desmedicalizada. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.* 10(4), 1118-1122.
- Prado, A. A. Resgatando o parto. (2002). <http://www.amigasdoparto.com.br/presgate.html>>.
- Maximiano, N. (2002). Perfil materno-infantil de nascimentos por parto duplo em uma amostra de puérperas no município do Rio de Janeiro, 1999-2001 (Doctoral dissertation).
- Rezende, J. B. (2010). A História da Obstetrícia. In: Montenegro CAB, Rezende Filho J (editores). *Rezende Obstetrícia*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, p. 1-34.
- Rodrigues, D. P., Alves, V. H., Penna, L. H. G., Pereira, A. V., Branco, M. B. L. R., & Silva, L. A. D. (2015). A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Escola Anna Nery*, 19, 614-620.
- Sanfelice, C. F. D. O., & Shimo, A. K. K. (2014). Parto em casa: hacia adelante o hacia atrás? *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(1), 157-160.
- Sanfelice, C. F. D. O., & Shimo, A. K. K. (2015). Parto domiciliar: compreendendo os motivos dessa escolha. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 24, 875-882.
- Silva, Z. P. da., & Almeida, M. F. de. Partos Domiciliares Acidentais e Mortalidade Infantil. (2012). XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. ABEP. Águas de Lindóia. São Paulo. Brasil.