



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PARTOS E NASCIMENTOS OCORRIDOS NO DOMICÍLIO: UM ESTUDO ECOLÓGICO
EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PARTURITIONS AND BIRTHS OCCURRING AT HOME: AN ECOLOGICAL STUDY
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PARTOS Y NACIMIENTOS OCURRIDOS EN EL HOGAR: UN ESTUDIO ECOLÓGICO

Isaiane da Silva Carvalho¹, Priscila Ferreira da Costa², Jéssica Cortez de Oliveira³, Rosineide Santana de Brito⁴

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil dos partos domiciliares ocorridos no Brasil durante o período de 1994 a 2011. **Método:** estudo ecológico, com abordagem quantitativa, desenvolvido com base em dados secundários do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos/SINASC. **Resultados:** dos 53.682.076 nascidos vivos, 639.155 (1,19%) tiveram como local de nascimento o ambiente domiciliar, com média de 35.508,61 (dp= 6.928,08) partos por ano. A região brasileira com maior número de partos foi a Nordeste (45,54%). As mulheres realizaram de quatro a seis consultas pré-natais (20,32%), as gestações duraram de 37 a 41 semanas (69,84%) e o parto ocorreu por via vaginal (93,57%). Os nascidos vivos pesaram entre 3.000 a 3.999g (43,77%) e 0,19% apresentaram algum tipo de anomalia congênita. **Conclusão:** faz-se necessário melhorar a qualidade dos registros relacionados à declaração de nascido vivo, no intuito de revelar a realidade existente de maneira fidedigna. **Descritores:** Parto Domiciliar; Nascimento Vivo; Sistemas de Informação; Epidemiologia; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: describing the profile of home births occurred in Brazil during the period 1994-2011. **Method:** an ecological study with a quantitative approach developed based on secondary data from the Information System on Live Births/SINASC. **Results:** from 53.682.076 of living, 639.155 births (1,19%) had a birthplace at the home environment, with an average of 35.508,61 (SD = 6.928,08) parturitions per year. The Brazilian region with the highest number of births was the Northeast (45,54%). Women held from four to six prenatal visits (20,32%); pregnancies lasted 37-41 weeks (69,84%) and occurred the vaginal parturition (93,57%). Live births weighed between 3.000 to 3.999g (43,77%) and 0,19% had some type of congenital anomaly. **Conclusion:** it is necessary improving the quality of records related to Declaration of born alive, in order to reveal the existing reality of reliable way. **Descriptors:** Childbirth Household; Live Birth; Information Systems; Epidemiology; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil de los partos en casa ocurridos en Brasil durante el período 1994-2011 **Método:** estudio ecológico con un enfoque cuantitativo desarrollado en base a datos secundarios del Sistema de Información sobre Nacidos Vivos/SINASC. **Resultados:** de los 53.682.076 nacidos vivos, 639 155 nacimientos (1,19%) tuvieron un lugar el ambiente del hogar, con una media de 35.508,61 partos por año (SD = 6.928,08). La región brasileña con el mayor número de nacimientos fue el Nordeste (45,54%). Las mujeres ocuparon cuatro a seis visitas prenatales (20,32%) embarazos duraron 37-41 semanas (69,84%) y se produjo el parto vaginal (93,57%)> Los nacidos vivos pesaron entre 3.000 a 3.999g (43,77%) y el 0,19% tenían algún tipo de anomalía congénita. **Conclusiones:** hace que sea necesario para mejorar la calidad de los registros relacionados con el certificado de nacimiento con el fin de revelar la realidad existente de forma fiable. **Descriptores:** Parto en el Hogar; Nacimiento Vivo; Sistemas de Información; Epidemiología; Enfermería.

¹Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/CAPEs. Natal (RN), Brasil. E-mail: isaianekarvalho@hotmail.com;

²Acadêmica, Curso de Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: priprifcosta@hotmail.com; ³Acadêmica, Curso de Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: jessicacortez159@gmail.com; ⁴Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PPENF/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: rosineide@ufrnet.br

INTRODUÇÃO

O domicílio era o local mais comum para a realização dos partos até 1950, época em que a mulher era assistida, na maioria das vezes pelas chamadas parteiras. Após esse período, o cenário do nascimento passou a ter como característica o ambiente hospitalar e a presença de profissionais alheios ao convívio familiar.¹ Desse modo, a mulher foi levada a adentrar nas maternidades, deixando o ambiente no qual residia, para vivenciar o seu processo parturitivo com pessoas desconhecidas. Soma-se a isso, a perda do caráter natural e fisiológico do parto, decorrente da inserção e do uso abusivo de tecnologias responsáveis por despersonalizá-lo.²

Como forma de reação ao modelo criado com a institucionalização do parto, cresceu nos últimos anos as discussões em torno de um cuidado humanizado durante esse momento. É sabido que esse novo olhar sobre a obstetrícia e suas práticas representa um grande desafio para todos os envolvidos, principalmente em termos de prestar um atendimento acolhedor às gestantes e familiares, fundamentado, especialmente, no respeito às particularidades e significados associados ao processo parturitivo.³

Ademais, reconhece-se que o incentivo ao parto humanizado, e ao parto vaginal, um processo ainda lento nos serviços de saúde, poderia evitar o alto índice de mortes maternas, com consequente redução das elevadas taxas de partos cesáreos desnecessários. Possibilitaria, do mesmo modo, uma maior interação da parturiente e seus familiares nas decisões tomadas a cerca da parturição.⁴ Nesse contexto de humanização do parto e nascimento, um fenômeno particular tem chamado atenção: o parto domiciliar. No cenário brasileiro, percebe-se a coexistência de duas realidades associadas à temática. Por um lado tem-se a situação das regiões menos favorecidas do país, Norte e Nordeste, marcadas pela carência de profissionais capacitados para prestar a assistência obstétrica, associada à falta de estrutura física das instituições de saúde. Nessa realidade surgiu o Programa Parto e Nascimento Domiciliar Assistidos por Parteiras Tradicionais, o qual busca assegurar condições mínimas de atendimento as mulheres em trabalho de parto até que os serviços de saúde disponham de melhores condições.⁵

Realidade diferente da mencionada é visível nas regiões Sul, Sudeste e Centro-oeste do país, nas quais o foco tem sido a melhoria

dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal, assim como a satisfação dos usuários.⁵ Um estudo sobre o perfil dos casais que optaram pelo parto domiciliar, assistidos por enfermeira obstétrica, em uma cidade situada na região Sul, demonstrou que os 25 casais integrantes da amostra eram pessoas com nível superior, união estável, residentes em casa própria e com estabilidade profissional. Além disso, a escolha por esse tipo de parto esteve associado à revalorização do nascimento enquanto evento íntimo e fundamentalmente familiar.⁶

Sobre a atuação profissional da enfermeira obstétrica, essa se relaciona com a capacidade de desenvolver técnicas e competências a cerca do processo de parir e com isso adquirir segurança profissional. Igualmente, envolve a compreensão de como prestar um cuidado atencioso, integral e fundamentado em uma formação ético-humanística, com vista a minimizar eventuais sofrimentos à parturiente.⁷

Diante do exposto, questiona-se: quais as características dos partos domiciliares realizados no Brasil? Destarte, considerando o movimento em prol da humanização do parto e as discussões relacionadas ao resgate do parto normal, bem como a sua realização em outros ambientes, como o domicílio, o estudo em questão tem o objetivo de:

- Descrever o perfil dos partos domiciliares ocorridos no Brasil durante o período de 1994 a 2011.

MÉTODO

Caracteriza-se este estudo como ecológico, com abordagem quantitativa, desenvolvido com base em dados secundários sobre partos domiciliares ocorridos no Brasil, país situado na América do Sul, tem como capital a cidade de Brasília, e apresenta área de extensão territorial de 8.515.767,049 km², sendo dividido em cinco regiões e 27 unidades federativas. No ano de 2010, a população brasileira era de 190.755,799 habitantes.⁸

Os dados obtidos para a realização do estudo foram provenientes do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) que disponibilizou informações de 1994 a 2011. O referido sistema foi criado pelo Ministério da Saúde para reunir dados epidemiológicos relacionados aos nascimentos ocorridos no território brasileiro e é alimentado pela declaração de nascido vivo, documento distribuído nas instituições de saúde e cartórios. Nos casos de partos domiciliares com assistência de um profissional de saúde, esse é responsável pelo preenchimento da declaração. Por sua vez, nos partos sem

assistência profissional, o procedimento é realizado pelo oficial de registro do cartório.⁹

Para análise dos dados, foram consideradas as seguintes variáveis: região do país; faixa-etária materna; instrução materna; estado civil; consulta de pré-natal; duração da gestação; tipo de gravidez; tipo de parto; sexo do neonato; cor/raça do neonato; Apgar 1° e 5° minuto; peso ao nascer; presença de anomalia congênita; tipo de anomalia congênita.

Utilizaram-se os Programas Tabwin (DATASUS) e Excel (Microsoft®) para a realização do processamento e interpretação dos dados. Sobre os aspectos éticos, os dados utilizados, extraídos de um sistema de informação do Ministério da Saúde, não permitem a identificação dos envolvidos nos resultados apresentados, o que está em concordância com os princípios éticos de pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

No período entre os anos de 1994 a 2011, dos 53.682.076 nascidos vivos no Brasil, 639.155 (1,19%) tiveram como local de nascimento o ambiente domiciliar, com média de 35.508,61 (dp= 6.928,08) partos por ano. Em 1994, identificou-se 30.059 (1,17%) nascidos vivos em ambiente domiciliar. Após a

redução evidenciada no ano de 1996 (0,91%), percebeu-se uma tendência à elevação do número de nascimentos ocorridos neste local até o ano de 2001, no qual foram registrados 48.551 (1,56%) nascidos vivos. Posteriormente, houve redução nestes números, sendo registrado em 2011 um total de 25.997 (0,86%) nascidos vivos no domicílio (Figura 1).

A região brasileira com o maior número de partos domiciliares realizados foi a Nordeste, registrando 291.069 partos (45,54%), seguida pela região Norte com 239.501 (37,47%) e Sudeste com 54.488 (8,53%) partos. A região Sul apresentou 37.133 (5,81%) partos e a Centro-Oeste, 16.963 (2,65%). Apesar do quantitativo maior de nascidos vivos por meio de partos domiciliares ter sido identificado na região Nordeste, percebe-se, conforme apresentado na Figura 2, que houve queda no número de partos nessa região quando comparado o primeiro e último ano avaliado: em 1994 ocorreram 13.529 partos, em contrapartida em 2011 apenas 7.663, o que representou uma redução de 43,36%. Situação contrária observou-se na região Norte do país, a qual em 1994 apresentou 6.629 partos e em 2011, um total de 13.849, ou seja, um aumento de 108,92%.

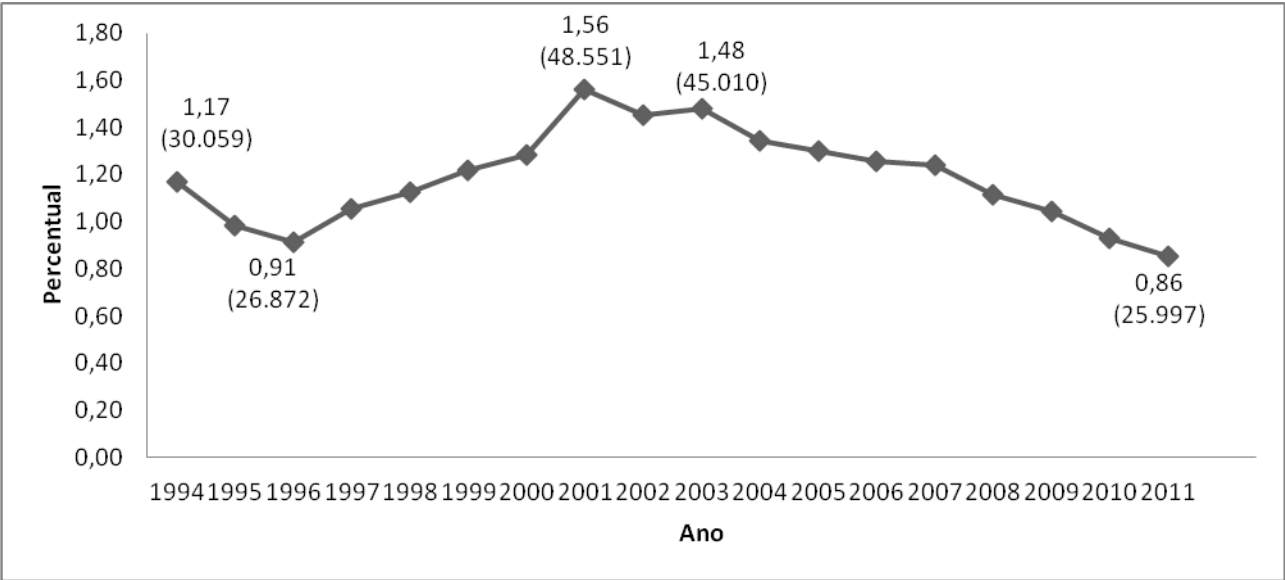


Figura 1. Porcentagem de nascimentos ocorridos no domicílio. Brasil, 1994-2011. *Fonte:* Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Informações coletadas em 04/10/2013.

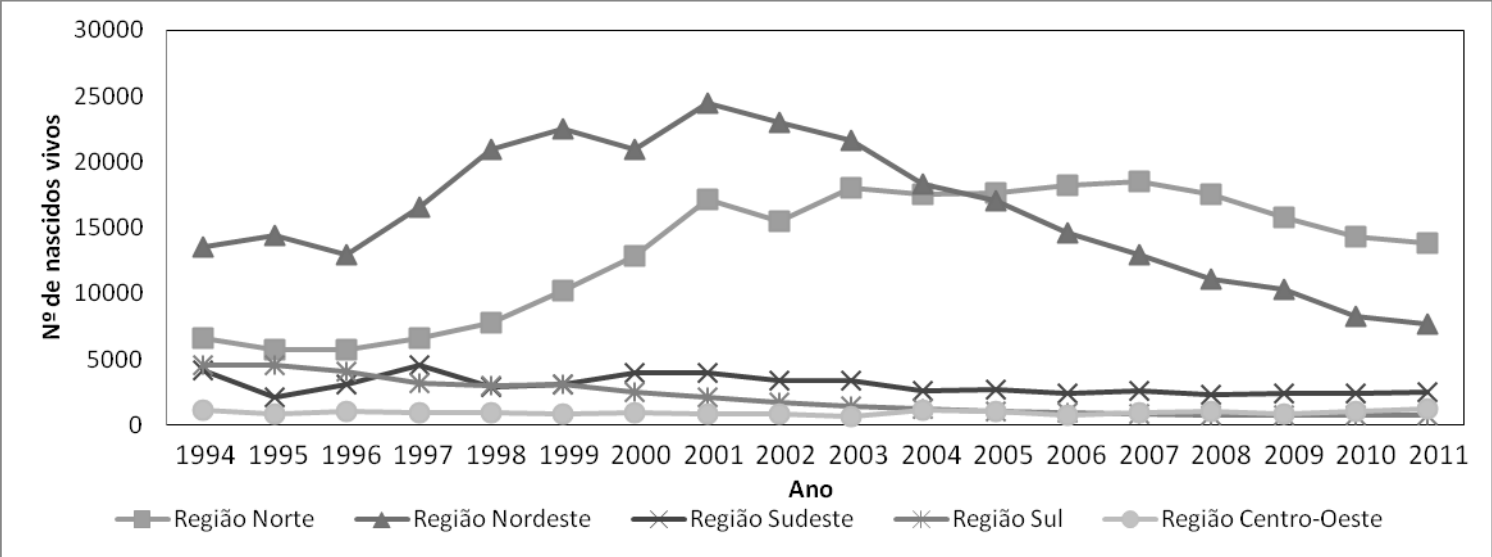


Figura 2. Número de nascidos vivos no domicílio por região. Brasil, 1994-2011. Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Informações coletadas em 04/10/2013.

Com relação às características das mães que pariram no domicílio, percebeu-se que a maioria tinha idade entre 20 e 29 anos, 311.486 (48,73%), seguida pela faixa-etária entre 30 e 39 anos, com 143.151 (22,40%). As mães com idade entre 10 e 19 anos corresponderam a 131.201 (20,53%). O nível de instrução foi de 1 a 7 anos de escolaridade para 339.918 (53,18%) mulheres. Um total de 131.833 (20,63%) não tinha instrução, 69.292 (10,84%) possuía 8 anos e mais e em 98.112 (15,35%) casos, essa informação foi ignorada. Quanto ao estado civil, 265.305 (41,51%) eram solteiras e em 208.442 (32,61%) o item foi ignorado.

No que se refere a aspectos relacionados a gestação e parto, 132.410 (20,72%) mulheres tiveram de 4 a 6 consultas pré-natal e 129.858 (20,32%) de 1 a 3 consultas. Ressalta-se o fato de 135.080 (21,13%) mães não terem tido nenhum atendimento durante o período gravídico. Além disso, o percentual de dados ignorados para este item foi superior a 22%. Em 446.393 (69,84%) partos as gestações duraram de 37 a 41 semanas, 591.661 (92,57%) mulheres tiveram gravidez do tipo única, e 598.060 (93,57%) partos ocorreram por via vaginal (Tabela 1).

Tabela 1. Características das mulheres que pariram no domicílio. Brasil, 1994 - 2011.

Variáveis	n	%
Nº de consultas pré-natal		
Nenhuma	135.080	21,13
1 - 3	129.858	20,32
4 - 6	132.410	20,72
1 - 6 (não especificado)	35.707	5,59
7 ou mais	59.409	9,29
Ignorado	146.691	22,95
Duração da gestação (semanas)		
Menos de 22	1.071	0,17
22 - 27	4.011	0,63
28 - 31	3.521	0,55
32 - 36	48.292	7,56
28 - 36 (não especificado)	15.946	2,49
37 - 41	446.393	69,84
42 ou mais	28.892	4,52
Ignorado	91.029	14,24
Tipo de gravidez		
Única	591.661	92,57
Dupla	8.175	1,28
Tripla e mais	2.125	0,33
Ignorado	37.194	5,82
Tipo de parto		
Vaginal	598.060	93,57
Cesáreo	4	0,00
Fórceps/Outro	103	0,02
Ignorado	40.988	6,41

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Informações coletadas em 04/10/2013.

Os dados sobre os nascidos vivos demonstraram que 318.125 (49,77%) eram do sexo masculino, 277.067 (43,35%) da raça/cor parda, 279.772 (43,77%) pesavam entre 3.000 a 3.999 g, 533.687 (83,50%) e 535.238 (83,74%) tiveram o Apgar ignorado no 1º e 5º minutos, respectivamente. Apenas 1.212

(0,19%) nascidos vivos apresentaram algum tipo de anomalia congênita, com destaque para outras malformações e deformidades congênitas do aparelho osteomuscular, 329 (27,21%), e deformidades congênitas dos pés, 222 (18,36%) (Tabela 2).

Tabela 2. Características dos nascidos vivos em domicílio, Brasil, 1994 - 2011.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	318.125	49,77
Feminino	318.022	49,76
Ignorado	3.008	0,47
Raça/Cor		
Parda	277.067	43,35
Branca	92.190	14,42
Indígena	53.529	8,37
Preta	21.714	3,40
Amarela	5.517	0,86
Ignorado	189.138	29,59
Peso		
Menos de 500g	657	0,10
500 a 999g	1.584	0,25
1.000 a 1.499 g	3.307	0,52
1.500 a 2.499 g	36.172	5,66
2.500 a 2.999 g	94.983	14,86
3.000 a 3.999 g	279.772	43,77
4.000g e mais	38.086	5,96
Ignorado	184.594	28,88
Anomalias congênitas		
Sim	1.212	0,19
Não	354.224	55,42
Não ou ignorado	80.666	12,62
Ignorado	203.053	31,77

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINAASC). Informações coletadas em 04/10/2013.

DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo demonstram ter havido redução no número de partos domiciliares ocorridos no Brasil ao longo do período avaliado. Nos Estados Unidos, por exemplo, entre 2004 e 2009, houve um aumento de 29% no número de partos domiciliares, o qual passou de 0,56% para 0,72% do total de nascimentos,¹⁰ número inferior ao registrado no Brasil em 2011, que mesmo após redução atingiu o percentual de 0,86%, conforme dados apresentados anteriormente.

Em termos das diferenças regionais evidenciadas, essas refletem, em especial, a instituição, nos últimos anos, de programas de saúde voltadas para a capacitação de parteiras tradicionais, como forma de reduzir a morbidade e mortalidade materna e neonatal. Neste contexto, destacam-se as regiões Norte e Nordeste, principalmente “as áreas rurais, ribeirinhas, de difícil acesso, e em populações tradicionais quilombolas e indígenas”. No ano de 2000, dentre as iniciativas adotadas pelo Ministério da Saúde para aprimorar a atenção durante o período gravídico-puerperal, destacou-se o Programa

Trabalhando com Parteiras Tradicionais, o qual reinseriu na agenda de discussões do Sistema Único de Saúde a necessidade de melhorar a qualidade da assistência prestada por essas parteiras durante o parto e nascimento.^{9,9} O impacto desse programa pode estar associado a elevação de 108,92% no número de partos domiciliares identificado na região Norte do país.

Referente às características da parturiente, identificou-se em relação a faixa etária de 20 a 29 anos resultados inferiores aos de um estudo realizado no semiárido brasileiro com mães de menores de 5 anos, o qual apresentou um percentual de 74,1%.¹¹ Por outro lado, enquanto no estudo citado o percentual de adolescentes que tiveram parto domiciliar foi de 9,6%, no presente estudo este valor foi de 20,53%.

Estes dados podem está relacionados ao grau de instrução da mãe, 20,63% não apresentavam instrução, e consequentemente ao seu desconhecimento em relação as práticas de contracepção, condição potencializadora do número de gravidez na adolescência. Ressalta-se, frente a esses números, a importância do fornecimento de uma atenção especial por parte dos serviços

de saúde, com destaque para programas de monitorização dos casos de gravidez na adolescência, assim como de intervenções que objetivem reduzir ou evitar essas ocorrências, principalmente quando não planejadas.¹²

A maior parte das parturientes era de solteiras (41,51%), resultado oposto ao encontrado em um estudo sobre partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas, no qual quase as totalidades das gestantes apresentaram união estável (90,9%).¹³ 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.¹⁴

O significativo percentual de mulheres que não realizou pré-natal chamou atenção (21,13%). Pesquisa desenvolvida acerca de mortes maternas em Aracajú, Sergipe, mostrou que, em 12,5% dos óbitos, as mulheres não tinham recebido este tipo de assistência e pouco mais de um terço compareceu a sete ou mais consultas,¹⁵ números que enfatizam a importância dessa assistência e os possíveis efeitos da sua ausência. Relativo a este assunto, o Ministério da Saúde aponta que se deve assegurar “minimamente 6 consultas de pré-natal e continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal”.^{16:40} Assim, os dados obtidos refletem claramente problemas e dificuldades que influenciam diretamente na qualidade da assistência pré-natal.

Em se tratando desse item também merece destaque o percentual de informações ignoradas (22,95%), fazendo com que as demais opções referentes as consultas de pré-natal possam ter sido subestimadas ou superestimadas. Revela, ainda, a necessidade de melhorias na qualidade dos registros presentes nos sistemas de informações brasileiros, ao quais sofrem com problema de subnotificações, o que dificulta a tomada de decisão simplesmente com base em tais informações.

No que se refere a duração da gestação, uma investigação mostrou percentuais de 72,7% de mulheres com 38 a 40 semanas,¹³ dados semelhante aos observados neste estudo, no qual a duração gestacional entre 37 e 41 semanas esteve presente em 69,84% do casos, valores que estão em concordância com os parâmetros de normalidade, haja vista

uma gestação normal durar em média 40 semanas.¹⁶ A ocorrência no domicílio do parto vaginal denota sua característica de baixo risco. Sobre a necessidade de uma transferência hospitalar em casos de partos ocorridos no domicílio, uma investigação apontou que dentre as 11 ocorridas, de um total de 100 partos domiciliares assistidos, 09 resultaram em cirurgia cesariana.¹⁷ Isso ratifica o fato dos partos planejados para ocorrerem no domicílio apresentarem baixo potencial de complicações, entretanto não elimina a possibilidade de sua ocorrência.

Durante a análise dos resultados dos nascidos vivos, observou-se que em termos de sexo, ambos obtiveram valores praticamente idênticos. Porém, pesquisa desenvolvida no estado do Rio Grande do Sul, demonstrou os nascidos vivos do sexo masculino com discreta superioridade ao feminino (51,51%).¹⁸ Quanto a raça/cor, teve destaque a branca (89,22%), diferente do observado neste estudo, onde a parda foi predominante (43,35%). As diferenças evidenciam a diversidade presente no cenário brasileiro, marcado por uma grande miscigenação cultural.

Considerando o peso ao nascer de neonatos que tiveram como local de nascimento o domicílio, pesquisas demonstraram que cerca de 61,32% e 78,6% apresentaram entre 3000 a 3999g,^{18,1} resultados superiores ao encontrado neste estudo (43,77%). Entretanto faz-se necessário considerar o valor de dados ignorados (28,88%), os quais podem refletir no percentual obtido. Acerca do Apgar no 1º e 5º minutos, os percentuais superiores a 80% de dados ignorados, para ambos os tempos, inviabilizam qualquer afirmação sobre o assunto. Do mesmo modo, demonstram o quanto o registro desta relevante informação foi negligenciado.

Em apenas 0,19% dos casos, registrou-se a presença de alguma anomalia, porém os dados ignorados totalizaram mais de 30%. Uma investigação realizada no Sul do Brasil registrou a ausência de anomalia congênita em 95,8% dos recém-nascidos,¹⁹ informação corroborada por outro estudo desenvolvido na mesma região, onde 99,19% dos recém-nascidos não apresentaram anomalias. Dentre os que a tiveram, destacou-se a deformação do aparelho osteomuscular com 27,21%.¹⁸ Outros estudos que descreveram informações sobre defeitos congênitos evidenciaram este tipo de anomalia como responsável por 44,7% e 25,7% dos casos.^{20,21}

CONCLUSÃO

No que tange aos partos domiciliares no Brasil, no período de 1994 a 2011 foram

estabelecidas variáveis relacionadas à localização, genitora e neonato. O Nordeste brasileiro correspondeu a região com maior número de partos. Porém, foi a região Norte apresentou aumento significativo no período avaliado. Os resultados mostraram mães adultas e solteiras, com gestações entre 37 e 40 semanas e parto ocorrido por via vaginal. Os neonatos, por sua vez apresentaram pardos, com peso entre 3000 a 3999g e sem anomalias congênitas.

Os dados encontrados relacionados ao pré-natal mostraram grande parcela de mulheres que não tiveram este tipo de assistência durante a gestação. Investimentos no pré-natal e formas de demonstrar a importância dessa prática dentro do contexto obstétrico devem ser valorizadas. As principais limitações do estudo corresponderam ao considerável número de dados ignorados e as subnotificações dos casos, bem como o número reduzido de estudos envolvendo a temática. Por isso, faz-se necessário melhorar a qualidade dos registros relacionados a declaração de nascido vivo, atentando-se para a veracidade e confiabilidade das informações relacionadas, a fim de revelar a realidade existente de maneira fidedigna. Do mesmo modo, é preciso fomentar novas pesquisas relativas ao parto domiciliar como forma de aprimorar conhecimentos sobre esta prática.

REFERÊNCIAS

1. Colacioppo PM, Koiffman MD, Riesco MLG, Schneck CA, Osava RH. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. Referência [Internet]. 2010 [cited 2013 Nov 12];3(2):81-90. Available from: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a09>
2. Santos LM, Carneiro CS, Carvalho ESS, Paiva MS. Percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo. Rev RENE [Internet]. 2012 [cited 2013 Nov 12];13(5):994-1003. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1157/pdf>
3. Silva RC, Soares MC, Jardim VMR, Kerber NPC, Meincke SMK. The speech and practice of humanizing childbirth in adolescents. Texto & Contexto Enferm [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 12];22(3):629-36. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/en_v22n3a08.pdf
4. Nagahama EEI, Santiago SM. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant [Internet]. 2011 [cited 2013 Nov 13];11(4):415-25. Available

from:

- <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n4/v11n4a08.pdf>
5. Cunha AA. A controvérsia do parto domiciliar. Femina [Internet]. 2012 [cited 2013 Nov 13]; 40(5):253-62. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n5/a3415.pdf>
6. Feyer ISS, Monticelli M, Knobel R. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 16]; 17(2):298-305. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a14.pdf>
7. Caus ECM, Santos EKA, Nassif AA, Monticelli M. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2012 [cited 2013 Nov 20];16(1):34-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a05.pdf>
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasil em síntese [cited 2013 Dec 5]. Available from: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/>
9. Ministério da Saúde (Brasil). Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
10. MacDorman MF, Mathews TJ, Declercq E. Home births in the United States, 1990-2009. NCHS Data Brief [Internet]. 2012 [cited 2013 Nov 22];(84):1-8. Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db84.pdf>
11. Mano PS, Cesar JA, González-Chica DA, Neumann NA. Iniquidade na assistência à gestação e ao parto em município do semiárido brasileiro. Rev Bras Saúde Matern Infant [Internet]. 2011 [cited 2013 Nov 22];11(4):381-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n4/v11n4a04.pdf>
12. Silva AAA, Coutinho IC, Katz L, Souza ASR. Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 25];29(3):496-506. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n3/a08v29n3.pdf>
13. Koettker JG, Brüggemann OM, Dufloth RM. Planned home births assisted by nurse midwives: maternal and neonatal transfers. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013 [cited

2013 Dec 11];47(1):15-21. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/en_a02v47n1.pdf

m/index.php/revista/article/view/5596/pdf_4708

14. Marin A, Piccinini CA. Famílias uniparentais: a mãe solteira na literatura. Psico [Internet]. 2009 [cited 2013 dez 11];40(4):422-9. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/2683/4927>

15. Borges CLMS, Costa MCN, Mota ELA, Menezes GMS. Evolução temporal e diferenciais intra-urbanos da Mortalidade Materna em Aracaju, Sergipe, 2000-2010. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2013 [cited 2013 Dec 12];22(2):307-16. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n2/v22n2a12.pdf>

16. Ministério da Saúde (Brasil). Atenção ao pré-natal de baixo risco. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

17. Koettker JG, Brüggemann OM, Dufloth RM, Knobel R, Monticelli M. Outcomes of planned home birth assisted by nurses, from 2005 to 2009, in Florianópolis, Southern Brazil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2012 [cited 2013 Dec 15];46(4):747-50. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n4/en_cb3548.pdf

18. Zanini RR, Moraes AB, Giugliani ERJ, Riboldi J. Contextual determinants of neonatal mortality using two analysis methods, Rio Grande do Sul, Brazil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2011 [cited 2013 Dec 15];45(1):1-10. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/en_1549.pdf

19. Melo WA, Uchimura TT. Perfil e processo da assistência prestada ao recém-nascido de risco no Sul do Brasil. Rev bras epidemiol [Internet]. 2011 [cited 2013 Dec 20];14(2):323-37. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n2/13.pdf>

20. Geremias AL, Almeida MF, Flores LPO. Evaluation of the birth certificates as source of information on birth defects. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2009 [cited 2013 Dec 25];12(1):1-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n1/en_07.pdf

21. Carvalho IS, Costa Júnior PB, Macedo JBPO, Brito RS. Epidemiologic characterization of parturitions and births: anecological study based on an information system. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2014 [cited 2014 Apr 02];8(3):616-23. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage>



Submissão: 08/04/2014

Aceito: 15/09/2014

Publicado: 01/11/2014

Correspondência

Isaiane da Silva Carvalho
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
/ Campus Universitário
Bairro Lagoa Nova
CEP 59078-970 – Natal (RN), Brasil