

A controvérsia do parto domiciliar

The controversy of home childbirth

Alfredo de Almeida Cunha¹

Palavras-chave

Parto
Parto normal
Tocologia
Parto domiciliar
Centros independentes de assistência à gravidez e ao parto

Keywords

Parturition
Natural childbirth
Midwifery
Home childbirth
Birthing centers

Resumo

Esse estudo teve por objetivo avaliar através de pesquisa bibliográfica se a polêmica do parto domiciliar poderia ser esclarecida. Foi realizada pesquisa bibliográfica com o descritor em saúde “parto domiciliar” identificado em <http://www.bireme.br>, Terminologia em Saúde com seu equivalente “home childbirth”. Foram consultadas as bases de dados LILACS, SciELO e Biblioteca Cochrane através da Bireme e o PubMed através da Biblioteca Nacional em Saúde (<http://www.nlm.nih.gov>). A pesquisa identificou vasta bibliografia, que foi selecionada de acordo com a possibilidade de responder à questão, tendo sido uma revisão seletiva e não exaustiva. Foi conduzida no sentido de tentar esclarecer a polêmica respondendo a questões fundamentais, considerando o parto como evento biopsicossocial e não apenas médico. As questões consideradas foram a segurança da mãe e do feto, a liberdade de escolha por parte da paciente do local do parto, a satisfação da paciente com a forma de atendimento, o sistema de saúde para a assistência obstétrica e o seu custo. O estudo não permitiu esclarecer a polêmica do parto domiciliar em todo o mundo e o Brasil ainda não tem uma solução ideal para o local do parto para toda a população. Acreditamos que não temos, no momento, condições adequadas para realização do parto domiciliar.

Abstract

This study aimed to evaluate through bibliographical research if the controversy of home childbirth could be clarified. It was performed a bibliographical research on health with the descriptor “childbirth” identified in <http://www.bireme.br>, Health Terminology, with its equivalent “home childbirth”. Were consulted databases the Cochrane Library, SciELO and LILACS by Bireme and PubMed through the National Library of Medicine (<http://www.nlm.nih.gov>). The survey identified vast bibliography, which was selected in accordance with the possibility to answer the question, having been a selective and non-exhaustive review. It was conducted in an attempt to clarify the key issues responding to controversy, considering childbirth as a biopsychosocial event and not just as a doctor one. The issues considered were the safety of the mother and the fetus, the freedom of choice on the part of local delivery by the patient, patient satisfaction with the way the care facilities, the obstetrical health system and its cost. The study could not clarify the question of the place of birth all over the world and Brazil has not the ideal obstetrical health system for its full population. We believe that today we have not the ideal conditions for home childbirth.

Estudo realizado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹Doutor em Medicina/Obstetria pela Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – São Paulo (SP), Brasil; Membro da Comissão de Abortamento, Parto e Puerpério da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO).

Endereço para correspondência: Alfredo de Almeida Cunha – Rua Desembargador Izidro, 160, apto. 303 – Tijuca – CEP: 20521-160 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil – E-mail: aacunha@uol.com.br

Conflito de interesse: não há.

Introdução

Estudar o parto domiciliar é tarefa para mais de uma pessoa, considerando que o parto é evento complexo, composto de aspectos biológicos, psicológicos e sociais, merecendo estudo multidisciplinar para abordar cada um deles. Uma breve revisão histórica auxilia na compreensão da origem do problema (local do parto), sua evolução e os aspectos controversos. Deve começar pelos aspectos sociais, uma vez que desde a pré-história o parto era episódio solitário, deixando de sê-lo quando começou a ser assistido, origem da Obstetrícia^{1,2} (C). Culturalmente, o parto era uma função social, de domínio das mulheres na sua vida diária, constituindo um evento comum³ (B). Quanto ao aspecto biológico, o desfecho do parto era regido pelo destino até a Renascença, quando surgiram as primeiras tentativas de solução pela cesariana ou o fórcepe.

No final do século XVI, a profissão de parteira começou a sofrer um declínio, devido à utilização do fórceps obstétrico, que foi inventado pelo cirurgião inglês Peter Chamberlen (1540–1596). O fórceps trouxe mudanças radicais na assistência obstétrica, substituindo paulatinamente a embriotomia e desafiando a noção do parto como um ato comandado pela vontade divina e introduzindo a noção do parto como um ato controlado pela vontade humana. Apesar disso, até o século XVI persistiu um forte sentimento contrário ao ingresso dos homens na arte de partejar, exceto em casos extremos, quando a assistência cirúrgica era necessária² (C). O nascimento da Obstetrícia como disciplina científica ocorreu na França, nos séculos XVII e XVIII, tornando-se uma especialidade da Medicina. Isto viria a desapropriar, paulatinamente, as parteiras do direito de exercício de seu ofício e negar a validade de seu saber, consolidando a entrada dos homens no cenário do parto. Acirram-se os conflitos entre os médicos e as parteiras/obstetizes e a disputa entre estes dois atores pela assistência ao parto, conflitos estes que persistem até os tempos atuais² (C).

Outro período marcante foi a segunda metade do século XIX, com o surgimento da anestesia, da antisepsia e a substituição das parteiras pelos obstetras¹. Nos Estados Unidos, até 1900, praticamente todos os partos eram no domicílio. Por volta de 1970, apenas 1% era assim assistido, com ocorrência atual de 40.000 partos fora do ambiente hospitalar, aqui incluídos o domicílio (26.000), casas de parto e clínicas³ (B).

Este pequeno número de partos domiciliares deve-se ao fato de que nos últimos 50 anos, nos países de língua inglesa, especificamente Estados Unidos da América, Inglaterra e Austrália, escolher o parto domiciliar era considerado pelo público como opção de risco, e esta atitude foi reforçada pelos médicos e

estereótipos culturais. O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas, no seu Relatório sobre Parto Domiciliar, reitera sua oposição ao mesmo, no que foi acompanhado pela Real Sociedade de Obstetras e Ginecologistas da Austrália e Nova Zelândia⁴ (B). O autor deste último relatório, na condição de Presidente da Comissão de Maternidade do Sul da Austrália, defende que este país deveria ampliar o apoio ao parto domiciliar⁴ (B).

A assistência ao parto e nascimento no Brasil não é homogênea. Embora a maioria dos partos ocorra 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. Contudo, por não estar incluído no SUS e nem mesmo ser reconhecido como uma ação de saúde que se desenvolve na comunidade, ocorre de forma precária e em situação de exclusão e isolamento, sem respaldo e apoio da rede de atenção integral à saúde da mulher e da criança. A grande maioria das parteiras tradicionais não recebe capacitação, não dispõe de materiais básicos para a assistência ao parto domiciliar e não é remunerada pelo seu trabalho³ (C).

A diversidade socioeconômica, cultural e geográfica do país exige, entretanto, a adoção de diferentes modelos de atenção integral à saúde da mulher e da criança e a implementação de políticas públicas que atendam às especificidades de cada realidade, procurando-se considerar o princípio da equidade e resgatar a dívida histórica existente em relação às mulheres e às crianças assistidas por parteiras tradicionais³ (C).

Levando em consideração esse contexto, o Ministério da Saúde lançou em 2000 o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, inserindo-o entre as estratégias para a redução da morbimortalidade materna e neonatal e para a qualificação e humanização da assistência obstétrica e neonatal² (C).

Caracterizado o parto domiciliar como questão polêmica, realizou-se um estudo com o objetivo de rever a literatura sobre o assunto, com ênfase na segurança da mãe e do conceito, liberdade de escolha pela paciente do local do parto, a satisfação da paciente e o custo, aspectos considerados fundamentais numa das revisões mais recentes na tentativa de esclarecer a polêmica³ (B).

Metodologia

Iniciou-se pela identificação do descritor em ciências da saúde, mediante consulta à terminologia em saúde, disponível em <http://www.bireme.br>. A partir da palavra-chave “parto” foram identificados diversos descritores, sendo “parto domiciliar” o mais específico. A terminologia em saúde informou o corresponde em inglês como “*home childbirth*”.

O descritor “parto domiciliar” foi aplicado à Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e à *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) na busca de literatura nacional e latino-americana, acessadas através da BIREME. O descritor “*home childbirth*” foi aplicado ao PubMed através da Biblioteca Nacional de Medicina (*National Library of Medicine*), disponível em <http://www.nlm.nih.gov> e à Biblioteca Cochrane através da BIREME.

A busca na LILACS recuperou 138 referências, das quais 85 foram consultadas pelo resumo e 58 pelo texto completo. O parto domiciliar foi o assunto principal em 15 artigos. Na SciELO foram recuperadas 37 referências, já identificadas na LILACS.

No PubMed foram identificadas 1.783 referências com o descritor “*home childbirth*” (MeSH *term*). Dada a extensão, foi feita uma busca por subtítulo (“*subheadings*”). Deste total, foram selecionadas as referências relativas aos tópicos propostos para serem analisados (segurança da mãe e do conceito, liberdade de escolha pela paciente do local do parto, satisfação da paciente e custo, aspectos considerados fundamentais uma das revisões mais recentes³ (C). Na Biblioteca Cochrane, de um total de 244 referências, 3 eram específicas sobre o parto domiciliar, 1 com um ensaio clínico com 11 pacientes (2008), 1 com 11 ensaios e 12.276 pacientes (atualizada em 2009) e 1 com 10 ensaios e 11.795 pacientes (atualizada em maio de 2012).

Considerando o grande número de publicações (total de 2.202 referências) e o número permitido de referências da revisão, limitamos citação àquelas que pudessem contribuir para o esclarecimento da segurança da mãe e do conceito, liberdade de escolha pela paciente do local do parto, a satisfação da paciente e o custo, aspectos considerados fundamentais na discussão do problema, segundo revisão recente³ (C). As referências consideradas para a discussão são todas a partir de 2001, com duas exceções consideradas relevantes pela sua resposta à questão, conforme discussão.

Discussão

O parto domiciliar, pela sua natureza — local do parto — implica em conjunto de variáveis de difícil controle desde a população de estudo com suas características socioeconômicas e culturais até o ambiente do estudo, com localização e disponibilidade de recursos materiais e humanos. Tal complexidade refletiu-se nas três revisões sistemáticas de ensaios clínicos da *Cochrane Library* analisadas adiante. Os estudos observacionais, dos quais têm maior interesse aqueles de revisões de estudos de coorte ou estudos populacionais ainda estão sujeitos a diversas formas de erros, o que limita o número de estudos para uma

revisão que pretenda contribuir para esclarecer o problema. Feita a ressalva, consideraremos os objetivos do presente estudo.

Segurança da mãe e do conceito

Começamos pela revisão de Hosmer³ (B). A autora inicia com breve história do parto domiciliar, citando que em 1900, nos Estados Unidos, a taxa de parto domiciliar era 95%, em 1940 era 50% e na virada do milênio era de 0,6%, correspondendo a 26.000 partos. Um poucas escolas médicas ensinaram a assistência ao parto domiciliar até 1950 devido à dificuldade de acesso à assistência no sul do país. Em 1992, o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas era contra o parto domiciliar, baseado no argumento de que complicações imprevisíveis podem ocorrer a qualquer momento e necessitar das facilidades de um hospital.

Analisando estudos internacionais, realizados na Holanda, no Reino Unido e nos Estados Unidos, observou-se que a mortalidade perinatal na Holanda (9,4/1.000 nascimentos) era menor que nos Estados Unidos, apesar de uma taxa de 35% de parto domiciliar, que é a maior entre os países desenvolvidos, e que em 1970 era de 50%. Outro estudo, no Reino Unido, referiu mortalidade perinatal de 8,9/1.000 em partos hospitalares contra 7,8/1.000 entre todos os partos domiciliares. Na Holanda, em 1985, em análise de 65.518 partos, aproximadamente um terço ocorreu no domicílio. A mortalidade perinatal geral foi de 9,8/1.000. Depois de ajustada pela intenção de parto domiciliar, a taxa foi de 1,9/1.000. Dois outros estudos de coortes prospectivas foram realizados na Suíça e na Austrália, sem diferença nas taxas de mortalidade perinatal.

Nos Estados Unidos, até 1961, os estudos foram prejudicados pelas características sociodemográficas como fatores de confusão (pobreza, moradia inadequada, desnutrição, doenças intercorrentes e residência em área rural de difícil acesso aos serviços de emergência). Entretanto, um estudo de coorte retrospectivo realizado no Tennessee comparou desfechos de 1.707 partos domiciliares programados assistidos por parteiras leigas com 14.033 partos hospitalares assistidos por clínicos entre 1971 e 1989, não havendo diferença na mortalidade perinatal. A autora relata o maior estudo até então realizado nos Estados Unidos com avaliação de 11.788 partos assistidos por parteiras no período 1987–1991, com mortalidade perinatal de 4,2/1.000, transferência de 8% e identificação de 5 emergências intraparto: sofrimento fetal, prolapso de cordão, hipertensão materna, descolamento prematuro de placenta e placenta prévia. Estas estatísticas foram compatíveis com desfechos de gravidez de baixo risco assistidas em hospital, permitindo concluir que o parto domiciliar programado assistido por parteira qualificada é seguro³ (B).

Entretanto, pelas razões acima, tais estudos ainda podem ser passíveis de críticas e devemos agir com extrema cautela com autores e editores quando apresentam seus dados — distorcidos pela seleção de elementos de evidência que têm a característica de ser uma prática sua e não mudá-la apesar dos achados dapesquisa⁵(C).

O modelo de assistência obstétrica holandês é *sui generis*. Por um lado, é país europeu desenvolvido, mas não acompanha o modelo dos demais com as mesmas características, como, por exemplo, a Inglaterra. A Holanda é considerada exemplo do modelo de assistência com forte presença das obstetras e bons resultados obstétricos. Segundo este modelo, a assistência primária é dedicada pelas obstetras às pacientes de baixo risco e a assistência secundária às pacientes de alto risco em ambiente hospitalar, sob supervisão e participação de médicos. Entretanto, a Holanda apresenta a maior taxa de mortalidade perinatal dos países desenvolvidos da Europa. Evers et al.⁶(B) publicaram um estudo de coorte prospectivo que acompanhou pacientes durante 2007 e 2008, totalizando 37.735 mulheres. O principal achado do estudo foi que o sistema holandês baseado na seleção de risco e a assistência obstétrica em dois níveis (alto ou baixo risco) pode não ser tão efetivo quanto se pensava. Os autores concluíram que o próprio sistema holandês pode contribuir para a alta mortalidade perinatal comparado aos dos demais países europeus.

Outra revisão sistemática foi realizada por Fullerton et al.⁷(B). O estudo abrangeu publicações a partir de 1965 até 2006. De acordo com o estudo, as pacientes eram rastreadas para serem elegíveis para o parto domiciliar apenas as de baixo risco, mas reconheceram que nem todos os estudos especificaram os critérios de avaliação de risco, o que já introduz um viés de seleção. Foram selecionados 28 artigos para a revisão, mas quanto ao desfecho principal (mortalidade perinatal), pode ter havido diferentes critérios entre os países e que o pequeno tamanho amostral implicou em intervalos de confiança muito amplos, o que indica imprecisão da aferição. A revisão identificou dois perfis de pacientes, um dos países desenvolvidos, com pacientes com alto nível de escolaridade (menos de 24% com escolaridade inferior a 12 anos de estudo) e melhor condição econômica; outro dos países em desenvolvimento, com baixa escolaridade e pior condição econômica. Concluíram que, apesar das dificuldades, quando a mortalidade perinatal foi comparada a uma população de controle, a mortalidade perinatal no grupo do parto domiciliar foi igual ou menor⁷(B).

Outra avaliação foi o cálculo da taxa de mortalidade perinatal intraparto (MPIP) entre as mulheres agendadas para parto domiciliar na Inglaterra e País de Gales no período entre 1994 e 2003, com o desenho de estudo transversal de base populacional⁸(B). O problema era a dúvida sobre a segurança do parto domiciliar

comparada à do parto hospitalar. Foram estudados 4.991 óbitos intraparto ocorridos na Inglaterra e no País de Gales entre 1994 e 2003, correspondentes a 6.314.315 partos. A taxa de MPIP geral foi de 0,79 (IC 0,77–0,81) e diminuiu durante o período (χ^2 de tendência=100,92, gl=1, p<0,001). No grupo dos partos efetivamente assistidos em domicílio, ocorreram 125 óbitos intraparto correspondente a 130.700 partos domiciliares (taxa de MPIP=0,96/1000, IC 0,79–1,03). Não houve evidência de diferença na MPIP entre o grupo agendado e efetivado como parto domiciliar (1,28/1000) e a taxa geral (0,79/1000). Os autores alertam que o estudo tem limitações, mas que permite duas conclusões. A primeira é que não houve diminuição da MPIP no grupo do parto agendadas para parto domiciliar, mas as que foram transferidas para hospital, tiveram maior MPIP, o que mereceria um estudo específico⁸(B).

Wax et al.⁹(A) realizaram uma metanálise sobre o desfecho materno e neonatal em partos domiciliares programados, comparado aos dos partos hospitalares programados. O trabalho de Wax et al.⁹(A) cita que, nos Estados Unidos, 1 em 200 mulheres tem o seu parto no domicílio, o que significa 25.000 partos por ano, sendo estimado que 75% seriam planejados. O mesmo trabalho comenta que o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas não apoia o parto domiciliar por razões de segurança e falta de evidência científica a seu favor. Wax et al.⁹(A) identificaram, ainda, 237 citações referentes a estudos comparando o parto domiciliar programado ao parto hospitalar programado. Após exclusão dos artigos que não se prestariam ao objetivo do estudo, restaram 12 artigos. Considerando não ter havido diferença na mortalidade perinatal, observou-se aumento (OR=1,98; IC 1,19–3,28) da taxa de mortalidade neonatal nas pacientes assistidas no domicílio em estudo de 342.056 partos programados para o domicílio comparados a 207.551 partos programados para assistência hospitalar⁹(A). O trabalho serviu de base para artigo de revisão como material de ensino¹⁰(C) e para atualização da diretriz sobre Parto Domiciliar Programado do Comitê de Prática Obstétrica do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas, em novembro de 2011¹¹(B). Entretanto, Kirby e Frost¹²(C), fizeram severas críticas à metanálise de Wax et al.⁹(A) quanto à metodologia, vieses de seleção e resultados.

Para tentar esclarecer as dúvidas, foi montado na Inglaterra um grupo de estudo que realizou estudo de coorte prospectivo. O objetivo foi comparar os desfechos maternos e perinatais e as intervenções durante o trabalho de parto de acordo com o local programado para o parto no início da assistência obstétrica de mulheres com gestação de baixo risco¹³(B). Foram observados 250 desfechos primários, com uma incidência global de 4,3/1.000 nascimentos (IC 3,5–5,5). De modo geral, não houve diferença

entre os diferentes ambientes não obstétricos e os obstétricos. Não houve diferença de desfechos primários entre as unidades assistidas por enfermeiras e as obstétricas. As transferências de unidades não obstétricas foram mais frequentes para nulíparas (36 a 45%) do que entre as multíparas (9 a 13%). Os autores concluíram que os resultados dão apoio a uma política de oferecer às mulheres saudáveis com gravidez de baixo risco a oportunidade de escolher o local do parto. As primíparas que tiveram parto domiciliar sofreram menos intervenções, mas tiveram um resultado pior¹³ (B).

Outro país que está passando por mudança é a Austrália, onde o governo está implantando um modelo de assistência obstétrica com ênfase na atenção primária. Para responder a esta questão, McIntyre¹⁴ (B) realizou uma revisão sistemática que procurasse responder se há evidência sobre a segurança de modelo não médico de assistência obstétrica. Ele identificou 28 estudos observacionais em diferentes países que tratavam do assunto. Os desfechos considerados foram mortalidade perinatal, morbidade perinatal, taxas de intervenções e taxas de transferência do modelo não médico para o médico, em países desenvolvidos. Dezoito estudos referiram mortalidade perinatal, sendo que 14 concluíram que o modelo não médico foi tão seguro quanto o médico, sendo que quatro concluíram o oposto. Um estudo holandês referiu que o risco era maior (1,39/1.000) nas unidades dirigidas por parteiras contra o risco nas unidades obstétricas (0,7/1.000), enquanto outro observou taxa de 1,0/1.000 nos partos domiciliares. Entretanto, outro estudo, também holandês, relatou taxas menores de mortalidade perinatal (1,0/1.000) nas unidades dirigidas por parteiras. Um estudo sueco relatou mortalidade neonatal maior (2,2/10000) em partos domiciliares, contra partos assistidos em unidades dirigidas por enfermeiras (0,7/1.000). Dois estudos canadenses não referiram diferença entre partos domiciliares (1,0/1.000) e assistência obstétrica de baixo risco (1,0/1.000). Estes resultados são compatíveis com outro estudo americano que não encontrou diferença significativa da mortalidade perinatal no parto domiciliar (1,0/1.000) e no parto hospitalar de baixo risco (0,5/1.000). Estudos australianos e ingleses também referiram taxas mais baixas ou iguais de mortalidade entre centros obstétricos (1,3/1.000) e assistência obstétrica em pacientes de baixo risco (1,7/1.000)¹⁴ (B).

A revisão sistemática da *Cochrane Library* atualizada até 2009¹⁵ (A) incluiu 11 ensaios com 12.276 pacientes em quatro países (Austrália, Canadá, Nova Zelândia e Reino Unido) com diferentes sistemas de saúde. Não avaliaram a mortalidade perinatal, mas concluíram que não houve efeitos adversos e que o modelo pode ser recomendado, porém recomendaram cautela em submeter pacientes de alto risco a este modelo.

Outra revisão sistemática da *Cochrane Library*, atualizada em maio de 2012¹⁶ (A), incluiu 10 ensaios com 11.795 pacientes. Teve como objetivo comparar ambientes alternativos (institucionais) com o ambiente convencional (também institucional). Os ambientes alternativos incluíram diversos modelos de centros de partos, integrados a hospitais, mas com liberdade para aplicação de metodologia visando o parto normal, embora sem toda a filosofia do parto domiciliar. Observaram desfechos maternos e perinatais. A mortalidade perinatal foi avaliada em 8 estudos, com 11.206 participantes, tendo sido observada como não significativa (OR=1,67; IC 0,93–3,00). Concluíram que os centros obstétricos hospitalares estiveram associados com taxas mais baixas de intervenções durante o trabalho de parto e parto e maior nível de satisfação, sem aumento de risco para mãe e bebê¹⁶ (A).

Liberdade de escolha pela paciente do local do parto

Até o momento vimos que o local do parto pode ser questionado quanto ao risco para a mãe e o filho. Mesmo quando há uma razão biomédica a favor de um cenário, a paciente ainda tem a liberdade de escolha. Mas quem é esta paciente que faz a escolha? Depende do seu perfil socioeconômico e cultural. Começamos com o estudo de Ishikawa et al.¹⁷ (C) que consideramos marcante porque relata nitidamente o exercício da liberdade de escolha. Trata-se da experiência de um campo de refugiados na Tailândia, onde mais da metade dos partos são domiciliares e assistidos por parteiras tradicionais, apesar da pequena distância de um hospital, a assistência ser gratuita e as complicações serem mais frequentes do que no hospital.

Outro contexto foi o estado de Nova Jersey, Estados Unidos, no período 1978–1980, em estudo de Schneider¹⁸ (B). Notou-se que o perfil das pacientes que escolhiam o parto fora do hospital era de serem mais velhas (25–29 anos), casadas, melhor educadas (13 ou mais anos de estudo) e estavam tendo o seu segundo filho. As razões para esta escolha foram o desejo de serem atendidas por uma parteira, ter a família presente, participar do processo decisório do parto e acreditar que o parto pudesse ser natural. No período 1978–1980, o número de partos extra-hospitalares totalizou 775 de um total de 285.854 partos no estado (0,27%), o que chamou a atenção pelo fato de que naquela época recomendava-se que todos os partos fossem hospitalares¹⁸ (B).

As razões pelas quais a paciente escolheu o parto domiciliar foram estudadas por Catling-Paull et al.¹⁹ (C) em pacientes candidatas a um programa de parto domiciliar implantado na Austrália. As pacientes informaram confiar em seus corpos (baseadas no antecedente de terem já tido um parto espontâneo), o apoio familiar e sua confiança no sistema de saúde¹⁹ (C).

Na Suécia, em 2000, havia poucas alternativas ao parto hospitalar e pouco se conhecia sobre o interesse das pacientes por essa possibilidade. Hildlingsson et al.²⁰ (C) realizaram um estudo para avaliar o interesse das mulheres suecas pelo parto domiciliar ou em centro de parto. A análise identificou como variáveis explicativas do interesse pelo parto domiciliar foram o desejo da presença dos demais filhos, o desejo de não receber alívio farmacológico para alívio da dor, baixo nível de educação e insatisfação com a assistência assistida no modelo médico. O interesse pelo centro de parto esteve associado com a sensação de que poderia manter o controle durante o trabalho de parto e o parto, o desejo de não receber alívio farmacológico para a dor e o desejo de contar com a presença de uma parteira conhecida²⁰ (C). Outro estudo foi feito pelo mesmo grupo, só que desta vez investigaram as preferências que se desviavam do padrão na Suécia (parto vaginal hospitalar assistido por parteira e com supervisão do médico) pelo parto domiciliar programado e a cesariana a pedido²¹ (C). O perfil das pacientes era diferente sendo que as mulheres que pediam cesariana tinham sobrepeso mais frequente, eram fumantes e tinham nível educacional mais baixo do que aquelas que pediam parto domiciliar. Concluíram que o contexto atual da assistência ao parto na Suécia não privilegia nem promove o parto domiciliar nem a cesariana sem indicação médica, mas que o parto domiciliar tem sido identificado com baixo risco, envolvimento da paciente no processo de decisão e experiência de parto positiva²¹ (C).

Satisfação da paciente

Já consideramos dois aspectos fundamentais para a discussão do parto domiciliar: o risco e a escolha da paciente, mesmo considerando o risco. Existe mais um, a satisfação da paciente com a atenção recebida por ocasião do parto e que tem merecido a atenção nos países ocidentais²² (C).

Alguns fatores foram associados com o nível de satisfação, tais como a idade, o nível de educação, o alívio da dor durante o trabalho de parto, a sensação de estar no controle do trabalho de parto e parto, o apoio de um companheiro, o apoio de um provedor de saúde (médico ou enfermeiro) e o meio ambiente²² (C).

Agora surge a pergunta: será que as pacientes que disseram escolher determinado método (modelo não médico ou médico) ficaram satisfeitas?

Para começar a responder a esta pergunta citamos o estudo de Borquez e Wieggers²³ (C). O estudo caracteriza o ambiente onde desenvolvido, o sistema de assistência obstétrica holandês, chamando a atenção para dois aspectos próprios. Um é o grande número de partos domiciliares e o outro é a baixa utilização de intervenções médicas. A taxa de cesariana na Holanda é de

13,7%, comparada com 21,3% no Reino Unido, 26,1% nos Estados Unidos e 22% na Austrália. Existe uma clara divisão entre assistência primária (parteiras e clínicos gerais) e secundária (obstetras). Outro aspecto fundamental é a avaliação de risco, com as pacientes consideradas de baixo risco permanecendo aos cuidados da assistência primária e as de alto risco sendo encaminhadas para o nível secundário. As pacientes de baixo risco podem optar pelo parto domiciliar ou pela assistência hospitalar de curta duração, onde serão assistidas de acordo com o nível do risco. Na Holanda, 70% dos partos são assistidos pelas parteiras (ao contrário dos Estados Unidos com 7%) e os outros 30% são assistidos por obstetras. Dos partos assistidos pelas enfermeiras, 60% são assistidos no domicílio e 40% no hospital, o que significa 31,8% de partos domiciliares. A pesquisa tem mostrado que o parto domiciliar em pacientes de baixo risco na Holanda é tão seguro quanto o parto hospitalar²³ (C). O grupo do parto domiciliar valorizou o ambiente como confiável, poder usar seu próprio espaço e objetos de uso pessoal e sentir-se relaxada e confortável. Concluíram que o ambiente pode ter um efeito positivo sobre a experiência de parto²³ (C).

Foi feito estudo conjunto com a Inglaterra. No braço holandês do estudo, foram contatadas oito parteiras, selecionadas aleatoriamente da Sociedade Holandesa de Parteiras. A amostragem foi feita por grupos para representar os diferentes níveis de urbanização. De um total de 1.213 respostas à pergunta “como você se sente em relação à sua experiência de parto em 2001?”, 56,1% responderam “muito satisfeita”, 23,4% “bastante satisfeita”, 4,2% “indiferente”, 11% “bastante insatisfeita” e 5,3% “muito insatisfeita”. A insatisfação foi relatada em 16,5%. A análise logística identificou como fatores de insatisfação o parto vaginal operatório ou a cesariana, o parto hospitalar, a transferência durante o trabalho de parto, a falta de capacidade de lidar com a dor, a descrição negativa do provedor de saúde e o medo pela própria vida ou a do bebê. Concluíram que uma parcela significativa ainda tinha uma lembrança negativa da gravidez e do parto²² (B).

O braço inglês do mesmo estudo²⁴ (B) teve como objetivo observar as expectativas e as experiências de mulheres quanto ao parto com atenção aos aspectos tomada de decisão, continuidade, escolha, controle sobre o trabalho de parto e o parto, e a relação com aspectos psicológicos. Foram observadas mulheres que receberam assistência obstétrica no norte e no sul da Inglaterra. Participaram do estudo prospectivo oito maternidades, localizadas em áreas semirurais. O grau de insatisfação foi de 11%. As pacientes referiram satisfação com parto vaginal espontâneo, ausência de monitoração eletrônica fetal, possibilidade de escolher o método para alívio da dor, a sua tolerância à dor, possibilidade

de deambular e mudar de posição durante o trabalho de parto, possibilidade de escolher a posição para o parto, dispor de uma parteira durante o trabalho de parto, sentir-se envolvida em tomada de decisão de situações de não emergência, sentir-se tratada com individualidade e com respeito, sentir-se no controle dos atos dos provedores, do seu próprio comportamento e durante as contrações²⁴ (B).

Outro estudo avaliou o grau de satisfação das pacientes com o local do parto, comparando o parto na Bélgica e na Holanda e desenvolvido por Christiaens e Bracke²⁵ (B), ambos sociólogos. O objetivo do estudo foi compreender a associação entre satisfação com o local do parto e o parto em contextos de dois sistemas de assistência obstétrica diferentes. Os belgas e os holandeses têm muitas semelhanças, mas diferem no sistema de assistência perinatal. O modelo holandês é bem conhecido pela alta percentagem de partos domiciliares e baixa taxa de intervenções médicas. Ao contrário, no modelo belga os partos domiciliares são pouco comuns e o modelo seguido é o da assistência pelo médico. Foi feito um estudo com a utilização de questionários para avaliar a satisfação com o parto. Os cenários foram hospitais e centros de parto na Bélgica e na Holanda. As pacientes tinham a possibilidade de terem sido submetidas a duas ideologias, uma centrada na paciente e outra na Medicina. A análise da prática comportou dois modelos, um baseado na parteira (com partos domiciliares nos dois países) e no médico (com partos hospitalares nos dois países), configurando quatro grupos de mulheres. Foram obtidos dados de 816 mulheres, sendo 372 belgas e 444 holandesas. A análise levou em consideração o local do parto (local da prática) e o modelo ideológico (centrado na paciente ou no médico). Três aspectos importantes resultaram do estudo. O primeiro foi que as mulheres que tinham planejado parto domiciliar estavam mais satisfeitas do que as que planejaram parto hospitalar. O segundo foi que as mulheres belgas estiveram mais satisfeitas do que as holandesas. O terceiro foi que a satisfação das mulheres belgas foi maior nos dois grupos (parto domiciliar e hospitalar). Será que o sistema belga é mais satisfatório, apesar do alto grau de medicalização e menor grau de cuidados centrados na mulher? Uma possível explicação pode ser a menor carga de trabalho das parteiras belgas, permitindo-lhes dedicar mais tempo às pacientes, repercutindo no maior grau de satisfação²⁵ (B).

O Canadá apresenta uma situação original, onde a parteira surgiu como uma profissional independente e regulamentada nos últimos 15 anos. A Sociedade de Obstetras e Ginecologistas do Canadá tem afirmado que há necessidade de mais pesquisa sobre a segurança do parto domiciliar e o artigo cita que o Colégio Americano de

Obstetras e Ginecologistas opõe-se ao parto domiciliar. Este debate não se concluiu por razões diversas²⁶ (B).

Na Columbia Britânica, Canadá, a atividade das parteiras é regulamentada pelo Colégio de Parteiras da Columbia Britânica. As parteiras são reembolsadas para fazer um curso de cuidados ao parto ministrado pelo sistema de saúde administrado pelo estado. As parteiras têm acesso ao ambiente hospitalar e seguro contra processos judiciais de má prática. O programa tem duração de quatro anos e a entrada é direta, não é através do curso de Enfermagem. É curso de graduação de nível médio em universidade credenciada ou, se treinada fora do Canadá, após submeter-se a provas escrita, oral e prática. Como parte da sua atividade, todas as parteiras devem oferecer às parturientes a opção entre parto domiciliar ou hospitalar. As mulheres que optarem pelo parto domiciliar devem preencher os critérios de baixo risco. O objetivo do estudo foi avaliar as experiências das pacientes nos dois primeiros anos da regulação da atividade de parteira na Columbia Britânica, o Projeto de Demonstração do Parto Domiciliar, conduzido de 1998 a 2000, quando as parteiras atenderam a 6% dos partos. Nesta época, 60 parteiras foram registradas na Columbia Britânica. Foram orientadas a enviar por correio postal um questionário para as pacientes. Os resultados mostraram uma população acessada de 862 pacientes matriculadas no programa, das quais 670 (77%) receberam o questionário de suas parteiras e 559 (82%) responderam, com taxa total de 64%. Todas as pacientes falavam e escreviam inglês, portanto não havia analfabetas na população de estudo. Os resultados foram avaliados de forma qualitativa para avaliar as experiências das pacientes. As pacientes foram perguntadas sobre as experiências vividas pelas pacientes sobre a competência das parteiras, considerada favorável. Concluiu-se que a experiência foi extremamente positiva, servindo de subsídio para a continuação da discussão sobre o tema do parto domiciliar²⁶ (B).

Na Suécia, o padrão é o parto vaginal assistido em hospital. As opções pelo parto domiciliar ou a cesariana a pedido fogem do padrão, o que motivou o trabalho para avaliar as características dessas pacientes²¹ (C). Foi feito um estudo descritivo analisando uma base de dados secundários de uma amostra entre 1997 e 2008, incluindo 671 mulheres com parto domiciliar programado e 126 mulheres submetidas a pedido. Foi feita regressão logística para identificar os fatores associados a cada opção. Os resultados mostraram associação do parto domiciliar com alto grau de educação, menos chance de alto índice de massa corporal, menos chance de serem fumantes, quando comparada às mulheres que foram submetidas à cesariana. Quando ajustada para variáveis do ambiente, as mulheres com parto domiciliar programado sentiram menos ameaça à vida do bebê durante o

parto, ficaram mais satisfeitas com a participação na tomada de decisões e com o apoio dado pelas parteiras. Também se sentiram mais controladas, uma experiência positiva em relação ao parto e ficaram mais satisfeitas com os cuidados durante o parto, comparadas com as mulheres submetidas à cesariana a pedido. Concluiu-se que o perfil das pacientes é bem diferente e que as pacientes que optam pelo parto domiciliar ficam mais satisfeitas com a sua opção²¹ (C).

O sistema de assistência obstétrica

Em revisão da literatura²⁷ (B), o contraste entre os sistemas de saúde refletia-se na pesquisa internacional. Havia diferenças nítidas entre os sistemas de assistência ao parto da Austrália, do Canadá e dos Estados Unidos comparados aos da Holanda, Reino Unido e Nova Zelândia. Tradicionalmente, os sistemas da Austrália, do Canadá e dos Estados Unidos não têm atendido as necessidades das pacientes que procuram o parto domiciliar, devido ao fato de que as opções têm sido regidas pelos critérios econômicos ou aspectos legais, por exemplo, a ilegalidade da atividade de parteira até então (1998) em certas regiões do Canadá²⁷ (B).

Na época, em alguns países, Holanda, Nova Zelândia e Reino Unido, o parto domiciliar já era legalmente incorporado ao sistema nacional de saúde, quando 1% dos partos já era pago pelo Serviço Nacional de Saúde. Situação similar era observada na Holanda e na Nova Zelândia. Evidência prática confirmou que, na Austrália, o parto domiciliar era tão seguro quanto o hospitalar, mas não havia sido feita uma avaliação dos desfechos psicossociais. O estudo de Morison et al.²⁷ (B) analisou dez casais avaliando os aspectos psicossociais, concluindo que o parto domiciliar é uma atividade do casal, criando um ambiente benéfico no qual eles assumem a responsabilidade pelo parto.

Um estudo avaliou o processo e protocolos para o parto domiciliar planejado assistido por parteiras na Colúmbia Britânica 2 anos após implantação em 1998²⁸ (B). O estudo partiu de uma coorte de 864 pacientes matriculadas no projeto, finalizando com 652 partos domiciliares. Os autores concluíram que a assistência domiciliar por parteira pode ser monitorada e que houve bom entrosamento com o ambiente hospitalar. As parteiras obtiveram permissão para acesso hospitalar, realizar consultas e transferir pacientes para o médico quando necessário. A avaliação forneceu subsídio para que o Ministério da Saúde continuasse a oferecer a opção de parto domiciliar na Columbia Britânica²⁸ (B).

Outra variável do sistema de assistência obstétrica é a organização das parteiras. Fontein²⁹ (B) realizou um estudo para avaliar os desfechos do parto e as experiências das pacientes em diferentes distribuições de parteiras. Foram observadas 718 pacientes assistidas por 143 parteiras no período de 20 de abril

a 20 de maio de 2007. As parteiras foram distribuídas em grupos de 1–2, 3–4 e 5 e mais. As mulheres com máximo de 1–2 parteiras apresentaram menor taxa de referência, intervenções em geral e menor taxa de alívio da dor com petidina e foram mais frequentemente acompanhadas pela parteira quando referidas para o hospital, comparadas com o grupo de mais de duas parteiras. Concluíram que este grupo sofreu menos intervenções e teve uma experiência positiva mais frequente. O estudo é útil para sugerir que a organização das parteiras é elemento importante na configuração do sistema de saúde²⁹ (B).

A Austrália tem hoje cinco programas de parto domiciliar com financiamento público. McMurtrie et al.³⁰ (C) relatam a experiência do Programa de Parto Domiciliar do Hospital São Jorge em Sydney, Austrália. Foi feito um estudo prospectivo com coleta de dados das 100 primeiras pacientes. Concluiu-se que o programa teve resultados satisfatórios em quatro anos e sugere avaliação mais ampla do serviço desde que haja colaboração entre os profissionais participantes entre todos os níveis e efetivo processo de consulta, referência e transferência. O desenvolvimento de uma base de dados de âmbito nacional poderia contribuir para um melhor conhecimento³⁰ (B).

O debate sobre parto domiciliar tem polarizado obstetras e parteiras na última década no Reino Unido, a ponto de que em 2003 um comitê da Câmara dos Deputados cobrou maior responsabilidade dos hospitais em apoiar mulheres que desejassem o parto domiciliar e uma declaração conjunta do Colégio Real de Obstetras e Ginecologistas e do Colégio Real de Parteiras apoiou esta opção para pacientes de baixo risco³¹ (B). Atualmente, no Reino Unido, 2,5% dos partos ocorrem no domicílio, a maioria assistida com profissionais do Sistema Nacional de Saúde. O desejo de proporcionar a oportunidade de escolha sofre restrições pelo conceito de segurança e eficácia e os documentos oficiais se referem ao conceito de escolha “cl clinicamente apropriada”. Foi feito um estudo com o objetivo de comparar os desfechos clínicos entre mulheres assistidas por parteiras independentes e as usuárias do Sistema Nacional de Saúde. O governo tem declarado que as pacientes podem exercer a escolha, com ênfase no local do parto, sendo que as mulheres devem ser esclarecidas do risco³¹ (B).

As atitudes dos provedores de saúde podem variar dentro do mesmo sistema. Com o objetivo de avaliar a visão dos profissionais de saúde, foi feito um estudo, no Canadá, com duração de quatro anos, O desenho foi de estudo transversal, do tipo de inquérito exploratório, atingindo seis regiões do Canadá e envolvendo 569 obstetras, 897 médicos de família, dos quais 400 só atendiam durante o pré-natal e 497 faziam parto, 545 enfermeiras, 400 parteiras e 192 doulas, portanto 6 categorias profissionais. A participação foi obtida através das respectivas

sociedades profissionais. Em relação ao local do parto, as parteiras registradas foram as que mais apoiaram o parto domiciliar, enquanto os obstetras opuseram-se fortemente ao parto domiciliar e em centros obstétricos autônomos, embora esta atitude não tenha respaldo na evidência canadense, que informa segurança do parto quando assistido por parteiras autônomas registradas, seja o parto domiciliar ou em centro obstétrico. É importante chamar a atenção para a falta de consenso sobre a segurança do parto, fundamental para um atendimento integrado entre parteiras e obstetras³² (B).

O custo: implicações econômicas

As opções para o local do parto incluem o parto domiciliar, centros obstétricos vinculados a hospitais ou independentes e o cuidado convencional em hospital. No Reino Unido, o governo tem afirmado que as mulheres deveriam ter o direito de escolha e o problema tem adquirido dimensão política. Henderson e Petrou³³ (C) realizaram uma revisão da literatura para avaliar as repercussões econômicas do parto domiciliar e dos centros obstétricos comparados ao parto hospitalar. Na discussão consideraram que o parto domiciliar é, provavelmente, uma opção custo-efetiva porque são utilizados menos recursos, particularmente os custos da internação. A literatura é escassa e de difícil análise por viés de seleção. A disponibilidade de profissionais é um fator limitante, considerando que há escassez de parteiras. Enquanto no hospital uma parteira pode cuidar de mais de uma paciente ao mesmo tempo, no parto domiciliar isto é impossível. Além disso, há necessidade de dispor de duas parteiras se o bebê necessitar de cuidados, enquanto no hospital esta segunda parteira poderia ser chamada somente no momento do parto. Entretanto, no Reino Unido, o parto domiciliar é atendido por parteiras comunitárias, cuja remuneração é menor do que a das parteiras que atendem em centros obstétricos, o que pode não ser o fator mais importante no cálculo do custo.

A literatura sobre o custo dos centros obstétricos é de qualidade variável, com resultados contraditórios. A dificuldade em resumir a literatura nesta área depende de diferenças nas intervenções, diferenças nos custos e possibilidade de viés de seleção nos estudos não randomizados. Alguns dos centros obstétricos são autônomos, enquanto outros ocupam quartos ou enfermarias em um hospital, que são preparados para simular o ambiente doméstico. Alguns centros, embora conduzidos por parteiras, contam com a participação de médicos. O custo do parto domiciliar foi avaliado em dois estudos; os estudos sobre os centros obstétricos forneceram resultados conflitantes. Concluíram que as diferenças entre os estudos podem ser devidas aos sistemas de saúde, diferenças na metodologia e diferenças nos custos incluídos³³ (C).

Conclusões

A discussão da assistência materno-infantil e, em especial, ao parto, identifica duas realidades: a dos países desenvolvidos e a daqueles em desenvolvimento. O Brasil convive com as duas realidades e qualquer debate deveria começar por reconhecê-las, criando foros distintos. Um ângulo da questão é o da assistência nas regiões menos desenvolvidas (Norte e Nordeste) com carência de profissionais da saúde (médicos e enfermeiras) e infraestrutura (deficiência do sistema de saúde nos diferentes níveis). Neste cenário, a política de saúde e o planejamento devem procurar atender às necessidades mínimas, donde surgiu o programa Parto e Nascimento Domiciliar Assistidos por Parteiras Tradicionais, enquanto as condições do sistema de saúde não forem melhoradas. Do outro lado, temos as regiões desenvolvidas (Sudeste, Sul e Centro-oeste), com características opostas. Aqui, a questão é o aperfeiçoamento do sistema de saúde para melhora dos indicadores de saúde — morbimortalidade materna e perinatal — incluídas a satisfação da paciente.

Para que as mudanças efetivamente aconteçam, são necessárias parcerias intra e extrainstitucionais em todos os níveis do sistema, entre serviços e sociedade civil, com organização efetiva do controle social. O atendimento humanizado nos serviços de saúde é projeto para a sociedade como um todo.

O parto domiciliar é questão polêmica em todo o mundo e Brasil ainda não tem a solução. É obrigado a aceitar o parto por parteiras tradicionais nas regiões carentes por falhas do sistema de saúde. Nas regiões desenvolvidas há o embate entre obstetras e parteiras, que só será solucionado pela formação de um fórum nacional, envolvendo todos os profissionais. Os médicos estão proibidos de assistir o parto em domicílio por determinação do Conselho Federal de Medicina, mas as parteiras têm o direito legal de assistir o parto. A solução está no diálogo, com cada profissão tendo definida sua área de atuação e montagem de um sistema de saúde que contemple consulta ao obstetra para avaliação de risco, encaminhamento do alto risco para assistência especializada em ambiente hospitalar e admitindo-se, depois de montado um sistema de saúde com as características acima que possa receber as pacientes de baixo risco para serem assistidas pelas parteiras, ainda em ambiente hospitalar, por medida de segurança e com supervisão médica. Acreditamos que não temos, no momento, condições adequadas para realização do parto domiciliar, menos por incompetência dos profissionais, mais por deficiências do sistema de saúde.

Leituras suplementares

1. Rezende J, Braga A. História da Obstetrícia. In: Montenegro CAB, Rezende Filho J (editors. *Rezende Obstetrícia*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2010. p. 1-34.
2. Brasil. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteras tradicionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 90.
3. Hosmer L. Home birth. *Clin Obstet Gynecol*. 2001;44(4):671-80.
4. Newman LA. Why planned attended homebirth should be more widely supported in Australia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2008;48(5):450-3.
5. Downe S, Walsh D, Gyte G. Is maternity care evidence based or interpretation driven? Place of birth as an exemplar. *Midwifery*. 2008;24(3):247-9.
6. Evers AC, Brouwers HA, Hukkelhoven CW, Nikkels PG, Boon J, van Egmond-Linden A, et al. Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study. *BMJ*. 2010;341:c5639.
7. Fullerton JT, Navarro AM, Young SH. Outcomes of planned home birth: an integrative review. *J Midwifery Women's Health*. 2007;52(4):323-33.
8. Mori R, Dougherty M, Whittle M. An estimation of intrapartum-related perinatal mortality rates for booked home births in England and Wales between 1994 and 2003. *BJOG*. 2008;115:554-9.
9. Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203(3):243 e1-8.
10. Wax JR, Pinette MG, Cartin A. Home versus hospital birth--process and outcome. *Obstet Gynecol Surv*. 2010;65(2):132-40.
11. American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Genetics. ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) committee opinion. Genetic screening for hemoglobinopathies, number 238, July 2000 (replaces number 168, February 1996). Committee on Genetics. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001;74(3):309-10.
12. Kirby RS, Frost J. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;204(4):e16; author reply e8-20, discussion e20.
13. Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*. 2011;343:d7400.
14. McIntyre MJ. Safety of non-medically led primary maternity care models: a critical review of the international literature. *Aust. Health Rev*. 2012;36(2):140-7.
15. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(4):CD004667.
16. Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alterantive versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Aug 15;8:CD000012.
17. Ishikawa N, Simon K, Porter JD. Factors affecting the choice of delivery site and incorporation of traditional birth customs in a refugee camp, Thailand. *Inter J Gynaecol Obstet*. 2002;78(1):55-7.
18. Schneider D. *Planned out-of-hospital births*, New Jersey, 1978-1980. *Soc Sci Med*. 1986;23(10):1011-5.
19. Catling-Paull C, Dahlen H, Homer CS. Multiparous women's confidence to have a publicly-funded homebirth: a qualitative study. *Women Birth*. 2011;24(3):122-8.
20. Hildingsson I, Waldenström U, Radestad I. Swedish women's interest in home birth and in-hospital birth center care. *Birth*. 2003;30(1):11-22.
21. Hildingsson I, Radestad I, Lindgren H. Birth preferences that deviate from the norm in Sweden: planned home birth versus planned cesarean section. *Birth*. 2010;37(4):288-95.
22. Rijnders M, Baston H, Schonbeck Y, van der Pal K, Prins M, Green J, et al. Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth*. 2008;35(2):107-16.
23. Borquez HA, Wiegers TA. A comparison of labour and birth experiences of women delivering in a birthing centre and at home in the Netherlands. *Midwifery*. 2006;22(4):339-47.
24. Green JM, Baston HA, Easton SC, McCormick F. Greater Expectations? The inter-relationship between women's expectations and experiences of decision making, continuity choice and control in labour, and psychological outcomes [thesis]. York: *University of York*; 2003. p. 28.
25. Christiaens W, Bracke P. Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery*. 2009;25(2):e11-9.
26. Janssen PA, Henderson AD, Vedam S. The experience of planned home birth: views of the first 500 women. *Birth*. 2009;36(4):297-304.
27. Morison S, Hauck Y, Percival P, McMurray A. Constructing a home birth environment through assuming control. *Midwifery*. 1998;14(4):233-41.
28. Janssen PA, Lee SK, Ryan ER, Saxell L. An evaluation of process and protocols for planned home birth attended by regulated midwives in British Columbia. *J Midwifery Womens Health*. 2003;48(2):138-45.
29. Fontein Y. The comparison of birth outcomes and birth experiences of low-risk women in different sized midwifery practices in the Netherlands. *Women Birth*. 2010;23(3):103-10.
30. McMurtrie J, Catling-Paull C, Teate A, Caplice S, Chapman M, Homer C. The St. George Homebirth Program: an evaluation of the first 100 booked women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2009;49(6):631-6.
31. Symon A, Winter C, Inkster M, Donnan PT. Outcomes for births booked under an independent midwife and births in NHS maternity units: matched comparison study. *BMJ*. 2009;338:b2060.
32. Klein MC, Kaczorowski J, Hall WA, Fraser W, Liston RM, Efetekhary S, et al. The attitudes of Canadian maternity care practitioners towards labour and birth: many differences but important similarities. *J Obstet Gynaecol Can*. 2009;31(9):827-40.
33. Henderson J, Petrou S. Economic implications of home births and birth centers: a structured review. *Birth*. 2008;35(2):136-46.