

Experiências de partos não planejados fora do ambiente hospitalar

Adalvane Nobres Damaceno^{ID}, Monique Tovo^{ID}, Gabrielly Araújo^{ID}, Andressa Goldman^{ID}, Henrique Severo^{ID}, João Zanata^{ID}

RESUMO

Objetivo: identificar as experiências das mães em partos não planejados fora do ambiente hospitalar. **Metodologia:** Foi realizada revisão integrativa nas bases de dados Medline e SciVerse Scopus. Foram incluídas publicações em inglês e em português, no período entre 2000 e 2021. A amostra final foi composta de quatro artigos. **Resultados:** As experiências vividas se mostram ambíguas, com relatos de vulnerabilidade, estresse e culpa, mas, também, sensações de sorte, alívio e orgulho após o nascimento. Ainda, o tempo de deslocamento até uma instituição de saúde é determinante na realização de partos fora do ambiente hospitalar. Outros fatores que influenciam na ocorrência dizem respeito às mães solo, baixa escolaridade e falta de assistência pré-natal. **Conclusões:** O nível de desenvolvimento socioeconômico do país é um fator decisivo, no qual mães procedentes de países desenvolvidos sentiam-se mais seguras com a experiência do que as mães de países em desenvolvimento. Além disso, a educação médica baseada em um atendimento humanizado potencializou a promoção de uma vivência positiva em relação ao parto não planejado fora do ambiente hospitalar para as mulheres.

Palavras-chave: Parto, Parto domiciliar, Trabalho de parto, Saúde materna.

INTRODUÇÃO

O parto não planejado e fora dos cuidados hospitalares, independente de acontecer em diferentes proporções e realidades, é um problema universal, e se caracteriza por uma causa evitável de mortalidade de neonatos. Esses eventos são definidos pela maioria dos estudos como partos que foram planejados para acontecer em uma instituição, porém, devido a motivo particular, ocorreram em casa, no transporte ou em outro local que não em uma instituição obstétrica. Por meio desse fenômeno, mulheres de diferentes continentes frequentemente experienciam situações semelhantes¹.

Apesar de serem escassos, a literatura indica alguns fatores envolvidos como: questões socioculturais, que interferem no risco de mortalidade do neonato, dificuldades de chegar à instituição, precariedade das instituições de saúde, falta de cuidados pré-natais, uso de práticas caseiras tóxicas para indução no andamento do parto, e equipes de saúde despreparadas para lidar com o momento do parto fora dos hospitais¹⁻⁶.

Os relatos de mulheres em diferentes cenários que tiveram essa mesma experiência possuem um valor em termos fenomenológicos para que as variáveis responsáveis por este desfecho sejam melhor identificadas e compreendidas em propósito de minimizá-las através de políticas públicas e investimentos no plano urbano e cultural, a fim de tornar o parto seguro. Nesse contexto, o presente artigo tem como objetivo identificar as experiências das mães em partos não planejados fora do ambiente hospitalar.

METODOLOGIA

O estudo foi delineado como uma Revisão Integrativa da Literatura, sendo utilizadas as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)⁷. A revisão da literatura permite a análise de estudos oriundos de diferentes delineamentos de pesquisa e gera síntese de evidências disponíveis sobre determinado tema.

Foram seguidas as etapas de identificação do problema, busca na literatura, avaliação dos dados, análise dos dados e apresentação da síntese do conhecimento⁸. A questão norteadora foi construída a partir da estratégia PICO, sendo a População: “mães”, a Intervenção ou Fenômeno de interesse: “experiência individual”, a Comparação: “partos não planejados fora do ambiente hospitalar” e o Desfecho “aspectos psicológicos e consequências na saúde materno-infantil”. Assim, buscou-se responder: “Quais são as experiências das mães em partos não planejados fora do ambiente hospitalar?”

A pesquisa foi realizada em junho de 2021 nas bases de dados Medline e SciVerse Scopus, utilizando as seguintes estratégias de pesquisa, respectivamente: (Event, Life Change[MeSH Terms] OR Events, Life Change[MeSH Terms] OR Life Change Event[MeSH Terms] OR Life Experiences [MeSH Terms] OR Experience, Life[MeSH Terms] OR Experiences, Life[MeSH Terms] OR Life Experience[MeSH Terms] OR Experience) AND ((Parturitions[MeSH Terms] OR Birth[MeSH Terms] OR Births[MeSH Terms] OR Childbirth [MeSH Terms] OR Childbirths[MeSH Terms])) AND (Unplanned) e (experience AND parturitions AND unplanned).

A elegibilidade dos estudos ocorreu pela inclusão de publicações em inglês e em português, compreendidos no período entre 2000 e 2021, disponíveis na íntegra para acesso on-line e estudos que explicitassem a abordagem de partos não planejados ou fora de ambientes hospitalares. Foram excluídos os estudos que não estivesse especificado a temática, experiências paternas, artigos de revisão, relatos de experiência, teses, dissertações, monografias, resumos, documentos e anais de eventos e revisões sistemáticas.

A busca resultou em 145 registros, no qual foram excluídos dez artigos após leitura de título e resumo e 125 artigos, os quais não contemplavam os critérios de elegibilidade. Ainda, foram excluídos os dois artigos duplicados. Para a seleção, revisores independentes analisaram os títulos e os resumos dos estudos. Quando houve dúvida ou discordância, os estudos foram avaliados em grupo por cinco pesquisadores.

A partir dessas etapas foram incluídos quatro estudos. Para extração e análise dos dados foi utilizado um instrumento contendo as seguintes informações: autores, base de dados, título, ano de publicação, idioma, delineamento, objetivo e cenário.

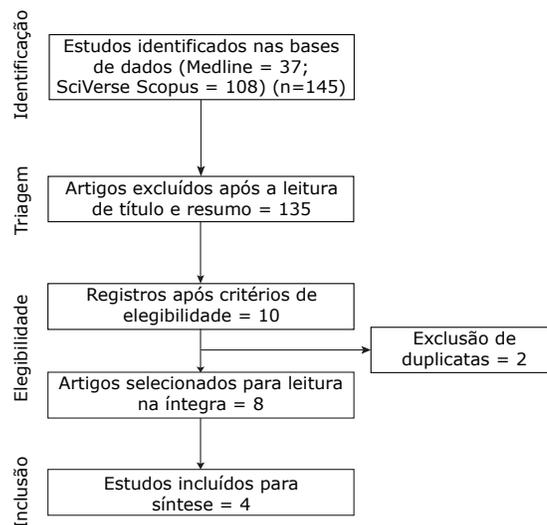


Figura 1: Fluxograma da coleta de dados e seleção dos estudos que compuseram a amostra. São Leopoldo, 2022.

RESULTADOS

Nos quatro estudos selecionados, cujas características estão apresentadas no Quadro 1,

foram identificadas as experiências das mães em partos não planejados fora do ambiente hospitalar.

Sobre as experiências das mulheres, foco deste estudo, Flanagan¹² buscou compreender

suas particularidades psicossomáticas por meio de uma análise qualitativa de entrevistas realizadas com 22 mulheres de 20 a 42 anos do estado de Queensland, na Austrália. No momento do parto, efetuados em sua maioria por equipes de socorro pré-hospitalar, as mulheres relatam vivências tanto negativas, quanto satisfatórias. As negativas, não se relacionavam com a falta de habilidade e competência obstétrica por parte dos paramédicos, mas com o atendimento pouco afetuoso e humano que receberam durante o

evento obstétrico, ao tratamento pouco empático, ao excesso de protocolos e técnicas e a ausência de comunicação entre profissionais e pacientes, tornando o suporte obstétrico um ato mecânico, como fica evidente na fala de uma das mães que participou da pesquisa sobre a ausência de comunicação entre equipe e parturiente, sentindo que os paramédicos estavam ali apenas para fazer o seu trabalho, esquecendo que aquele momento pode ser o de maior angústia na vida de uma mulher^{11,12}.

Quadro 1

Características dos estudos: autores, país, delineamento metodológico, objetivo, cenário do parto e resultados/conclusão. São Leopoldo, 2022.

Autor	País	Delineamento Metodológico	Objetivo	Cenário do parto	Resultados e conclusão
Engjom HM, Morken NH, Høydahl E, Norheim OF, Klungsgøyr K. (2017) ⁹	Noruega	Coorte retrospectivo.	Avaliar a mortalidade periparto por local de nascimento e tempo de deslocamento para instituições obstétricas.	Nascimentos ocorridos em casa, durante transporte ou em uma instituição não obstétrica (por exemplo, centro de saúde) para uma mulher que planejou um parto institucional.	O nascimento não planejado fora de uma instituição foi associado ao aumento da mortalidade periparto e ao longo tempo de viagem para instituições obstétricas. A partir da avaliação, foi possível identificar a importância do atendimento qualificado ao parto, o que garante a reflexão de médicos e formuladores de políticas para as consequências negativas de um acesso reduzido às instituições.
Erlandsson K, Lustig H, Lindgren H. (2015) ¹⁰	Suécia	Entrevistas qualitativas com 8 mulheres com descrição fenomenológica + caso controle.	Capturar as experiências das mães com partos não planejados fora do hospital na Suécia.	O parto fora do hospital ocorreu por parto rápido em carro particular, em ambulância ou em casa.	Este estudo contribui para a compreensão dos processos naturais durante o parto. Os resultados podem ser úteis ao comunicar a experiência de parto fora do hospital não planejado aos pais durante o pré-natal. As mulheres podem ser encorajadas a ouvir e confiar nos sinais corporais como uma preparação para o parto em qualquer tipo de ambiente. São sugeridas diretrizes para cuidar de mulheres com experiências de parto fora do hospital.
Flanagan B, Lord B, Reed R, Crimmins G. (2019) ¹¹	Austrália	Investigação narrativa e análise qualitativa.	Entender a experiência de mulheres com partos não planejados fora do hospital em cuidados paramédicos.	Fora do ambiente hospitalar, mas sob cuidados paramédicos.	As mulheres entrevistadas comunicaram uma tensão entre os conhecimentos, crenças e experiências femininas sobre o processo de parto e os modelos profissionais de atenção tradicionalmente associados ao ambiente hospitalar. É essencial que as informações fornecidas às mulheres no período pré-natal sejam abrangentes e compreensíveis. As decisões que as mulheres tomam em relação ao seu plano de parto representam as expectativas das mulheres para o seu nascimento e isso deve ser usado como um meio de comunicar abertamente as questões que podem impactar a experiência do parto.

(continua...)

Quadro 1

Continuação

Autor	País	Delineamento Metodológico	Objetivo	Cenário do parto	Resultados e conclusão
Flanagan B, Lord B, Reed R, Crimmins G. (2019) ¹²	Austrália	Investigação narrativa e análise qualitativa.	Explorar as dimensões da experiência do parto no contexto do ambiente fora do hospital não planejado.	Fora do ambiente hospitalar, mas sob cuidados paramédicos.	Foram identificados fatores que contribuíram para suas experiências do parto hospitalar planejado ocorrendo fora do hospital. Além disso, as mulheres descreveram oportunidades para melhora no atendimento prestado pelos profissionais, especificamente, as deficiências nas habilidades técnicas e interpessoais.

Ademais, queixas em relação à realização de procedimentos sem informar ou transmitir confiança ao paciente foram observadas, como segue exemplos de relatos via telefone no qual as mulheres queixam-se de situações em que os técnicos de enfermagem não esperam o alívio das contrações momentâneas para iniciarem a busca por acesso venoso, ignorando que aquela é uma ocasião que promove uma dor intensa, sendo necessário que em algumas ocasiões, a própria paciente tenha que solicitar calma e paciência para o profissional¹¹.

Já as experiências consideradas positivas estiveram relacionadas com a sua autopercepção de confiança nas habilidades do seu corpo de, sem assistência, conseguir parir um bebê, proporcionando uma sensação de bem-estar, autonomia e capacidade, manifestada na narrativa de uma das participantes que cita uma atitude bastante destemida de seu próprio corpo em relação ao nascimento de seu filho. Ainda, a ausência do medo prévio do parto deixa a paciente mais confiante de que seu corpo é capaz de produzir proezas consideradas incríveis pela perspectiva de uma gestante, e que se precisasse realizar o parto até mesmo sozinha em casa ou na rua, essas participantes com experiências positivas teriam feito sem qualquer problema¹².

Em relação ao estudo de Erlandsson¹⁰, mulheres suecas, assim como as australianas, presenciaram sentimentos dúbios quanto às suas experiências, havendo relatos de vulnerabilidade, estresse e culpa por sentirem-se responsáveis pela concepção do filho fora do hospital. O trabalho foi conduzido a partir de entrevistas nas quais

as mulheres puderam relatar, na sua perspectiva, como foi o momento do parto não planejado e fora do ambiente hospitalar. Os resultados evidenciam que há pouca aceitação da sociedade sueca da realização de parto em casa e fora do hospital, sendo que, no país, partos fora do hospital não planejados são muito raros. Contudo, outras percepções foram observadas, como: de sorte, de alívio e de orgulho, ao perceberem que eram capazes de suportar e vencer essa circunstância no momento em que seus bebês nasceram, transformando um momento de fragilidade em sensação de empoderamento e fortalecimento da autoestima.

Em outro estudo após a experiência vivenciada, as mães relataram que não viam problema em, num próximo parto, a concepção ocorrer em casa, de modo planejado. Na Noruega, a má localização das instituições aptas para a realização do evento obstétrico é fator fortemente determinante da realização de partos extra-hospitalares⁹. Já na Suécia, percebeu-se o negligenciamento do início do trabalho de parto, por dificuldades psicológicas ou de linguagem.

DISCUSSÃO

A partir dos estudos selecionados e de suas análises, podemos identificar as experiências vividas pelas mulheres e os motivos pelos quais elas cursam com um parto acidental fora de uma instituição especializada. O medo de intervenções médicas desnecessárias durante o parto e experiências prévias desagradáveis as afastam das instituições hospitalares¹². Esta visão tradicional

de atendimento ao parto é reforçada pela ideia de que só há segurança se houver intervenção, revelando a pouca confiança no corpo das mulheres¹². Esse modelo paternal vai ao encontro da concepção de que a atenção obstétrica é uma área intervencionista, e esta percepção é reconhecida por diversas mulheres entre os estudos que caracterizam o momento do nascimento como um processo cirúrgico primitivo. A realidade descrita traz sentido à presente discussão, ressaltando a necessidade de treinamento interacional dos recursos humanos das instituições¹³⁻¹⁴.

Contrariando a visão tradicional, Erlandsson¹⁰ explicita a magnitude de estimular mulheres a confiar em seus próprios corpos, gerando empoderamento sobre elas mesmas, uma vez que isso influencia diretamente na capacidade de autogerenciamento da gravidez e do trabalho de parto no ambiente hospitalar e extra-hospitalar. As participantes dessa pesquisa descrevem a sensação de que o corpo as guiou a parir em um ambiente adverso, entendendo que o caminho foi mostrado de maneira instintiva, de modo que tiveram que confiar em seus corpos em todos os momentos do processo¹⁰.

As australianas que pariram com auxílio de paramédicos enfatizaram a relevância de se estabelecer a relação entre o profissional e a grávida para uma experiência de parto positiva. Aquelas gestantes que não conseguiram criar um vínculo adequado com o paramédico expuseram uma experiência de parto inadequada, descrevendo o profissional como desrespeitoso, pouco empático ou com poucas habilidades interpessoais. Torna-se evidente, portanto, que as experiências positivas do parto de uma mulher relacionam-se às habilidades interpessoais e de empatia do paramédico¹¹.

A consonância crítica entre as mulheres é confirmado no estudo realizado por Svedberg¹⁵. O que se faz notar foram as sugestões que as mães deram para os profissionais e enfermeiros que trabalham em equipes de paramédicos da relevância de estar calmo e seguro e em ouvir e atender aos desejos da mulher. Pelo julgamento das parturientes, essas atitudes são mais valiosas que habilidades técnicas em obstetrícia, visto que pela concepção da maioria das mães, o parto é um evento natural que ocorre com ou sem a intervenção de terceiros, principalmente se for um parto de emergência¹⁵.

Há de se expor a necessidade da Educação em Saúde sobre consentimento durante o decorrer do parto, de modo a ajudar na compreensão por parte das mulheres de condutas com seus corpos e com os bebês. Mesmo aquelas que proveram consentimentos relacionados a procedimentos durante a gravidez ou trabalho de parto entendiam que a autorização era uma exigência para que a assistência continuasse, já que não havia a explicação de que se tratava de apenas uma opção. O sentimento de angústia e irritação foi presente naquelas que perceberam que as opções de cuidado progrediram sem uma discussão cabível acerca do tema, de maneira a provocar uma sensação de desvalorização da mulher¹¹.

Em paralelo ao mencionado, o estudo de Ng'anjo Phiri², analisou que as mulheres africanas sentiam-se, assim como as residentes de países desenvolvidos¹¹, mal-atendidas pela equipe de profissionais, na qual relatavam desrespeito, na forma de ordens gritadas e cuidado negligenciado. Experimentaram, também, maior ansiedade e medo em relação ao andamento do parto em relação à incerteza de se conseguiriam sobreviver, visto que a maioria delas não tiveram cuidados pré-natais². O acompanhamento pré-natal foi considerado um fator de proteção nos eventos de parto acidental não hospitalar. Dentre os trabalhos discutidos, muitos deles apontam sendo esta a explicação do baixíssimo risco de fracassos nesses casos averiguados^{5,16}.

Um contraste com os outros estudos, é o custo do parto levado em consideração no planejamento de partos na Zâmbia e em outros países subdesenvolvidos, que pela falta de materiais, demandam da parturiente que os providenciem. As participantes desta pesquisa realizada no continente africano notificaram que era preferível arriscar um parto na própria casa, sem assistência, do que subsidiar o kit de materiais necessários para terem seu parto dentro de uma instituição, que teria custos impagáveis para algumas famílias².

Ainda há de se discutir a distância geográfica como uma condição relevante, visto que existe uma forte relação entre o tempo de deslocamento até a instituição obstétrica mais próxima e a ocorrência do parto fora do hospital. A variável está envolvida em desfechos negativos, poten-

cializando-se quanto mais baixo o nível de desenvolvimento socioeconômico: cerca de uma em cada 100 mulheres grávidas suecas vão passar por essa situação, enquanto mais da metade das zambianas terão partos em ambientes não usuais. Para explicar esses números tão distintos, a questão da mobilidade urbana também possui grande relevância nesse contexto, na qual as mulheres sul-africanas, principalmente de áreas rurais, referiram o uso de charretes ou bicicletas como os únicos meios de transporte disponíveis para o deslocamento até as instalações^{2,9-10,17}.

Nesse sentido, compreender o cenário socioeconômico, faz-se essencial, dado que predispõe a um nascimento fora do ambiente hospitalar. A incidência desse desfecho é mais comum em mães de baixa escolaridade (35,8%), sem companheiro (80,6%), pré-natal ausente (21,9%), nascidos vivos pré-termos (15,8%), baixo peso ao nascer (22,5%), além de residentes em assentamento informal, gravidez não planejada e história prévia de parto não planejado fora do hospital. Os nascidos vivos em domicílio ou outro local possuem quatro vezes mais chance de morte no período pós-natal do que aqueles nascidos em instituições de saúde³⁻⁵.

No contexto de pandemia, um número crescente de mulheres optaram pelo parto domiciliar devido ao receio de uma infecção por COVID-19, entretanto, a segurança desta modalidade de parto ainda é bastante contestada devido ao risco de complicações e necessidade de transferência para hospital, aumentando as chances de ocorrência do evento durante o percurso¹⁸⁻¹⁹. Em um estudo de revisão, foi estimada a proporção de transferências para hospital, variando de 9.9% até 31.9%, sendo o grupo de nulíparas com a maior contribuição (23,4% a 45,4%) em comparação com múltiparas (5,8% a 12,0%)²⁰. Este processo foi registrado por um estudo qualitativo brasileiro no qual identificou relatos de violência obstétrica em uma parcela das parturientes, principalmente relacionado ao julgamento pela escolha de um parto domiciliar por parte da equipe médica²¹. Nesta circunstância, as contribuições de Flanagan¹¹ sobre educação e desenvolvimento profissional de paramédicos e equipe hospitalar são adequadas ao defender que devem ter base em um modelo de atenção centrado no paciente, incorporando respeito e requerem-

do empatia dos profissionais, além de habilidades de comunicação interpessoais¹¹⁻¹².

Por fim, são poucos os estudos brasileiros que trazem esta temática, porém, diante de seus resultados, percebe-se a notável necessidade da articulação dos gestores com as instituições de saúde para o planejamento estratégico do cuidado com as parturientes, como a instalação de abrigos para aquelas que residem em lugares distantes de atendimento, e de treinamento, no intuito que profissionais saibam reconhecer os sinais de alerta do início do trabalho de parto para que não as mandem para casa sem uma avaliação acurada de seu estado de saúde³⁻⁵.

CONCLUSÃO

Apesar dos sentimentos negativos gerados após terem vivenciado a experiência, as mães dos países desenvolvidos relataram que não haveria problema em, num próximo parto, a concepção ocorrer em casa, de modo planejado, já que estas se sentiam seguras com isso, o que se contrapõe ao observado nos países em desenvolvimento nos quais as mulheres temiam pelas suas vidas ao ter um parto fora do ambiente hospitalar. Além disso, no mesmo contexto, foi observado que as mulheres de países desenvolvidos raramente faltavam aos pré-natais, ao contrário do que se observa nos subdesenvolvidos. Como implicação para o avanço científico, destacamos a importância no incentivo às universidades para implementar atividades acadêmicas que primam pelo ensino de comunicação afetiva, linguagem compreensiva e técnicas de acolhimento aos pacientes, promovendo qualidade à prestação de serviço pelos profissionais, para que as narrativas de mulheres oprimidas e com medo de ir às instituições de saúde sejam menos comuns.

Por fim, para discussão futura, destaca-se o quanto os hospitais oprimem o empoderamento das mulheres, questão que apareceu nas narrativas das mulheres, principalmente, dos países desenvolvidos, em que é especulado que seja pela característica de uma visão predominante biomédica, de que há sempre necessidade de alguma intervenção, ou do despreparo das equipes, que por uma ansiedade de controlar o evento, acabam por delimitar a experiência das mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Khupakonke S, Beke A, Amoko DHA. Maternal characteristics and birth outcomes resulting from births before arrival at health facilities in Nkangala District, South Africa: A case control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017 Dec 2;17(1).
2. Ng'anjo Phiri S, Fylkesnes K, Ruano AL, Moland KM. "Born before arrival": User and provider perspectives on health facility childbirths in Kapiri Mposhi district, Zambia. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014 Sep 16;14(1).
3. da Silva ZP, de Almeida MF, Alencar GP. Parto acidental não-hospitalar como indicador de risco para a mortalidade infantil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2014;14(2):155-64.
4. Almeida MF de, Alencar GP, Novaes MHD, França Jr I, Siqueira AA, Schoeps D, et al. Partos domiciliares acidentais na região sul do Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):366-75.
5. Pereira Da Silva Z, Furquim De Almeida M. Partos Domiciliares Acidentais e Mortalidade Infantil* [Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2010/f07.def>].
6. Lansky S, França E, Leal MC. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002;18:1389-400
7. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021 Mar 29;372:n71.
8. Whittmore R, Chao A, Jang M, et al. Methods for knowledge synthesis: an overview. *Heart Lung*. 2014; 43(5):453-61.
9. Engjom HM, Morken NH, Høydahl E, Norheim OF, Klungsoyr K. Increased risk of peripartum perinatal mortality in unplanned births outside an institution: a retrospective population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2017 Aug 1;217(2):210.e1-210.e12.
10. Erlandsson K, Lustig H, Lindgren H. Women's experience of unplanned out-of-hospital birth in Sweden - a phenomenological description. *Sexual and Reproductive Healthcare*. 2015 Dec 1;6(4):226-9.
11. Flanagan B, Lord B, Reed R, Crimmins G. Women's experience of unplanned out-of-hospital birth in paramedic care. *BMC Emergency Medicine*. 2019 Oct 15;19(1).
12. Flanagan B, Lord B, Reed R, Crimmins G. Listening to women's voices: The experience of giving birth with paramedic care in Queensland, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2019 Dec 20;19(1).
13. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres Brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saude Publica*. 2014;30(SUPPL1).
14. Liese KL, Davis-Floyd R, Stewart K, Cheyney M. Obstetric iatrogenesis in the United States: the spectrum of unintentional harm, disrespect, violence, and abuse. *Anthropology and Medicine*. 2021;28(2):188-204.
15. Svedberg E, Strömbäck U, Engström Å. Women's experiences of unplanned pre-hospital births: A pilot study. *International Emergency Nursing*. 2020 Jul 1;51.
16. Gutvirtz Gg, Wainstock T, Landau D, Sheiner E. Unplanned Out-of-Hospital Birth—Short and Long-Term Consequences for the Offspring. *J Clin Med*. 2020;9(2):339.
17. Jost D, Tourtier J-P. Perinatal mortality in unplanned births outside institutions: experience of prehospital teams in a French urban environment. *The American Journal of Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2017; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog>.
18. Cheng, R. fong J., Fisher, A. C., & Nicholson, S. C. (2022). Interest in Home Birth During the COVID-19 Pandemic: Analysis of Google Trends Data. *Journal of Midwifery and Women's Health*. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13341>.
19. Nethery, E., Schummers, L., Levine, A., Caughey, A. B., Souter, V., & Gordon, W. (2021). Birth Outcomes for Planned Home and Licensed Freestanding Birth Center Births in Washington State. *Obstetrics and Gynecology*, 138(5), 693-702. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004578>.
20. Blix, E., Kumle, M., Kjærgaard, H., Øian, P., & Lindgren, H. E. (2014). Transfer to hospital in planned home births: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-179>.
21. Pereira, M. F. R., Rodrigues, S. de S., Rodrigues, M. de S. D., Rodrigues, W. F. G., Batista, M. G., Braga, L. S., & Andrade, S. S. da C. (2020). Experience of women in the transfer from planned home birth to hospital. *Rev Rene*, 21, e43948. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143948>.

Contribuições de Autoria

AND: Orientador, redação e revisão do texto final.

MT: Idealizador, redação e revisão do texto final.

GA: Idealizador, redação e revisão do texto final.

AG: Idealizador, redação e revisão do texto final.

HS: Idealizador, redação e revisão do texto final.

JZ: Idealizador, redação e revisão do texto final.

Autor Correspondente:

Adalvane Nobres Damaceno

adalvane.damaceno@gmail.com

Editor:

Prof. Dr. Paulo Henrique Manso

Recebido em: 19/11/2021

Aprovado em: 03/08/2022
