



Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas  
Coordenação-Geral de Ciclos da Vida

NOTA TÉCNICA Nº 2/2021-CGCIVI/DAPES/SAPS/MS

**1. ASSUNTO**

1.1. A presente nota técnica tem como objetivo, orientar e fornecer o posicionamento técnico do Ministério da Saúde do Brasil a respeito de qual ambiente é considerado seguro para a escolha do cenário de parto e nascimento às gestantes brasileiras.

**2. ANÁLISE**

2.1. A escolha do local do parto tem no protagonismo da mulher seu balizador. No escopo dessa escolha, repousa a premissa de que toda gestante deve ter seus direitos e escolhas respeitados; ao mesmo tempo, entende que a gestante apenas pode exercer esse direito após ser informada sobre as vantagens e os possíveis riscos a respeito do local de sua escolha para o cenário de parto e nascimento.

2.2. O Ministério da Saúde do Brasil considera o ambiente hospitalar como o local de maior segurança para o cenário de parto e nascimento, devido, principalmente, à disponibilidade de equipe assistencial completa, bem como acesso à transfusão sanguínea, antibióticos, anestesia, medicamentos de uso hospitalar restrito para tratamento da hemorragia pós-parto (como o Misoprostol), assim como outros recursos que possam tornar-se necessários para o cuidado oportuno e emergencial do binômio materno-infantil <sup>1</sup>.

2.3. Por outro lado, entende que este ambiente pode, por motivos inerentes ao cuidado hospitalar, intensificar o risco de exposição a intervenções maternas e perinatais, já que possui maior carga tecnológica e possibilidade de realização de procedimentos especializados. Outro fator de risco está na existência de redes de saúde fragilizadas no conceito de integralidade, sendo que a insuficiência de um ponto de atenção pode aumentar a probabilidade de intervenções, podendo ser explicadas tanto pela escassez de informações fundamentais quanto pela ausência de condutas oportunas durante o pré-natal, que trariam maior tranquilidade ao cenário do parto e nascimento.

2.4. Quando comparado ao ambiente hospitalar, o parto que ocorre em ambiente domiciliar está associado a menor quantidade de intervenções como, por exemplo, a indução do trabalho de parto, o parto operatório, a ruptura artificial de membranas, o monitoramento fetal contínuo, a analgesia peridural, os antibióticos profiláticos, o parto vaginal instrumentalizado e a conduta ativa medicamentosa no secundamento <sup>2,3</sup>.

2.5. Esses achados podem, em uma avaliação inicial, indicar que um cenário de parto e nascimento pode alinhar-se à expectativa social de ocorrer em ambiente com maior grau de conforto e amplamente flexível, com a possibilidade da presença de vários membros familiares. Porém, esses resultados são tendenciosos, já que essa aparente redução do risco advém, substancialmente, da

impossibilidade de realizar intervenções, caso necessárias, em ambiente extra-hospitalar. Além do mais, há fragilidades importantes no desenho dos grupos comparativos dos estudos: as mulheres selecionadas para o parto em ambiente domiciliar apresentam menor quantidade de fatores de risco, quando comparadas ao grupo de mulheres que pariram em ambiente hospitalar<sup>3,4</sup>.

2.6. Tendo a segurança como principal fator a ser considerado na escolha do cenário de parto, uma parcela importante da literatura científica aponta que o cenário de parto e nascimento em domicílio está associado a, pelo menos, risco duas vezes maior de morte perinatal e três vezes maior de disfunção neurológica grave do recém-nascido<sup>1,5</sup>.

2.7. Até o momento, não há grande oferta de estudos clínicos randomizados, com metodologia rigorosa, que corrobore uma suposta segurança no nascimento em ambiente domiciliar<sup>6</sup>.

A maioria das informações sobre o tema deriva de estudos observacionais, com sérias limitações metodológicas, incluindo: pequeno número amostral, preenchimento de dados inconsistentes, ausência de grupos controle, dificuldade em distinguir os partos planejados dos não planejados, ampla variação sobre a necessidade das habilidades dos profissionais assistentes ao parto, além de avaliação não precisa ou homogênea sobre as complicações<sup>7-17</sup>.

2.8. Na avaliação dos estudos que demonstram benefícios claros do parto domiciliar, não obstante as limitações metodológicas descritas, deve-se levar em consideração que os cenários de partos estudados se contextualizam em outros sistemas de saúde, que não podem ser generalizados ao contexto brasileiro atual<sup>18</sup>.

2.9. O desejo de evitar a atmosfera hospitalar, por vezes veiculada a um ambiente que desconsidera aspectos emocionais e culturais, juntamente com a preocupação com complicações iatrogênicas decorrentes das intervenções, estão entre os motivos mais arrolados para a escolha do parto domiciliar<sup>19</sup>. Há, também, de considerar-se que, para uma parcela populacional, o nascimento domiciliar não se apresenta como preferência, mas torna-se uma opção diante da falta de acesso ao transporte, em tempo oportuno, a uma maternidade.

2.10. Acontecem no Brasil, a cada ano, cerca de 3 milhões de nascimentos, sendo 98% deles em ambientes hospitalares, sejam públicos ou privados. Isso atesta a confiança da população brasileira no parto hospitalar. Contudo, vale salientar que a prática obstétrica, em conformidade com outras áreas em saúde, tem passado por mudanças importantes nos últimos 20 anos, direcionando-se na promoção do resgate às características fisiológicas do parto e nascimento<sup>20</sup>, sem contrapor-se ao preceito fundamental da segurança integral do binômio materno-infantil. Essas mudanças aumentaram as expectativas para um cenário de parto e nascimento menos instrumentalizado, questionando a real necessidade de certos procedimentos, que por falta de evidências que o suportem, não devem ser indicados rotineiramente como a episiotomia, por exemplo, além de reconhecer práticas que devem ser derogadas, como o enema pré-parto e a tricotomia perineal.

2.11. O Ministério da Saúde empenha esforços para fomentar a qualificação dos cenários de parto e nascimento do país, a partir dos seguintes eixos: **educação continuada em saúde**, considerada uma das principais estratégias para atualização de práticas; a **ampliação e qualificação do acesso à rede**, por meio do fomento técnico e financeiro, objetivando a integralidade do cuidado; **garantia da segurança materno-infantil**, caracterizada pela existência fundamental do suporte necessário para intervir, de forma adequada, de acordo com a necessidade; **gestão aprimorada das indicações das intervenções**, tanto visando a reduzir os agravos evitáveis quanto a elevar a satisfação das usuárias em uma experiência positiva para o parto.

2.12. No epílogo dessa recomendação, há que salientar o princípio da precaução ou prudência aplicado ao nascimento seguro e respeitoso. Reza este que “na ausência da certeza científica formal, a

existência de um risco de um dano sério ou irreversível, requer a implementação de medidas que possam prever este dano”. Este princípio vem se destacando ao longo dos anos e traz a garantia contra os riscos potenciais que não podem ainda ser identificados na assistência ao parto e nascimento<sup>21-23</sup>.

2.13. No âmbito da saúde, o princípio da precaução ou prudência é uma diretriz que tem o propósito de orientar medidas nas situações em que o conhecimento científico está ainda incompleto, denotando a incerteza<sup>24</sup>.

2.14. Ressalta-se que esta diretriz não implica, necessariamente, no impedimento de um procedimento, e sim na implementação de procedimentos ou medidas que efetivamente assegurem a execução de ações e serviços, dentro de condições necessárias à prevenção do dano já previsto e dimensionado.

### **3. CONCLUSÃO**

3.1. O Ministério da Saúde do Brasil, ancorado no princípio da precaução ou prudência e baseando-se no eixo da garantia da segurança no cuidado materno-infantil, desaconselha o parto domiciliar, no contexto brasileiro.

3.2. Nesse sentido, fomenta que todas as gestantes recebam orientações sobre os riscos relacionados ao parto em ambiente domiciliar. Considera e pactua da necessidade de ampliação, organização e qualificação tanto da estrutura física quanto do processo de trabalho da rede de assistência materno-infantil brasileira, a fim de garantir que o parto hospitalar possa ser seguro, respeitoso e venha a tornar-se uma experiência positiva para a vida das mulheres e de sua família.

### **4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Planned home birth. Committee Opinion No. 697. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017;129:e117–22.
2. 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;203:243.e1–8.
3. Snowden JM, Tilden EL, Snyder J, Quigley B, Caughey AB, Cheng YW. Planned out-of-hospital birth and birth outcomes. *N Engl J Med* 2015;373:2642–53.
4. Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C, et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *Birthplace in England Collaborative Group. BMJ* 2011;343:d7400.
5. Collaborative survey of perinatal loss in planned and unplanned home births. Northern Region Perinatal Mortality Survey Coordinating Group. *BMJ* 1996;313:1306–9.
6. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 , Issue 9.
7. Wiegers TA, Keirse MJ, van derZee J, Berghs GA. Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in The Netherlands. *BMJ* 1996;313:1309–13.
8. Ackermann-Liebrich U, Voegeli T, Gunter-Witt K, Kunz I, Zullig M, Schindler C, et al. Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome. Zurich Study Team. *BMJ* 1996;313:1313–8.
9. Davies J, Hey E, Reid W, Young G. Prospective regional study of planned home births. Home

- Birth Study Steering Group. *BMJ* 1996;313:1302–6.
10. Janssen PA, Lee SK, Ryan EM, Etches DJ, Farquharson DF, Peacock D, et al. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. *CMAJ* 2002;166:315–23.
  11. Johnson KC, Daviss BA. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ* 2005;330:1416.
  12. Cheyney M, Bovbjerg M, Everson C, Gordon W, Hannibal D, Vedam S. Outcomes of care for 16,924 planned home births in the United States: the Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009. *J Midwifery Womens Health* 2014;59:17–27.
  13. Pang JW, Heffelfinger JD, Huang GJ, Benedetti TJ, Weiss NS. Outcomes of planned home births in Washington State: 1989-1996. *Obstet Gynecol* 2002;100:253–9.
  14. Grunebaum A, McCullough LB, Sapra KJ, Brent RL, Levene MI, Arabin B, et al. Apgar score of 0 at 5 minutes and neonatal seizures or serious neurologic dysfunction in relation to birth setting. *Am J Obstet Gynecol* 2013;209:323.e1–6
  15. Cheng YW, Snowden JM, King TL, Caughey AB. Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2013;209:325.e1–8
  16. Lindgren HE, Radestad IJ, Christensson K, Hildingsson IM. Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population-based register study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87:751–9.
  17. 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 [published erratum appears in *BJOG* 2008;115:1590]. *BJOG* 2008;115:554–9.
  18. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical Guideline 190 . London: NICE; 2014.
  19. Neuhaus W, Piroth C, Kiencke P, Gohring UJ, Mallman P. A psychosocial analysis of women planning birth outside hospital. *J Obstet Gynaecol* 2002;22:143–9.
  20. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de assistência ao parto normal. Brasília, 2017.
  21. Possas Cristina A, Minaré Reinaldo L. O princípio ético da prudência ou precaução na engenharia genética: implicações para a saúde humana e o meio ambiente. *Parcerias Estratégicas* - Nº 16, outubro de 2002.  
[http://seer.cgee.org.br/index.php/parcerias\\_estrategicas/article/viewFile/229/223](http://seer.cgee.org.br/index.php/parcerias_estrategicas/article/viewFile/229/223)
  22. Abbagnano, N. Dicionário de filosofia. Editora Mestre Jou. São Paulo, 1970.
  23. Bernstein PL. Desafio aos deuses: a fascinante história do risco. São Paulo: Campus, 1997:17,57-71
  24. Lieber Renado Rocha:O princípio da precaução e a saúde no trabalho:SciELO Public Health, São Paulo, 2008.



Documento assinado eletronicamente por **Lana de Lourdes Aguiar Lima, Coordenador(a)-Geral de Ciclos da Vida**, em 09/12/2021, às 19:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).

Documento assinado eletronicamente por **Antônio Rodrigues Braga Neto, Diretor(a) do**



**Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**, em 09/12/2021, às 19:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Raphael Camara Medeiros Parente, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 09/12/2021, às 21:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0024225742** e o código CRC **63DAE4BC**.

---

Referência: Processo nº 25000.178484/2021-65

SEI nº [0024225742](#)

Coordenação-Geral de Ciclos da Vida - CGCIVI  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900  
Site - [saude.gov.br](http://saude.gov.br)