

SP 012

HAROLDO EVANGELISTA VARGAS

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PARTO DOMICILIAR
ELETIVO EM FLORIANÓPOLIS- SC**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2000

HAROLDO EVANGELISTA VARGAS

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PARTO DOMICILIAR
ELETIVO EM FLORIANÓPOLIS- SC**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

Coordenador do Curso: Prof. Dr. Edson José Cardoso

Orientador: Prof. Emil Kupek, Ph.D.

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2000

“Algum dia a ciência será mais religiosa e a religião mais científica”.

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Quero começar agradecendo ao Grande Espírito pela oportunidade de estar vivo e ter um propósito na vida. Se fosse para definir em palavras meu propósito é tudo o que está relacionado com o autêntico e constante crescimento como ser humano, coisa que também esteve presente na minha atitude ao realizar este labor.

A oportunidade de fazer este trabalho científico em conjunto com muitas pessoas que de alguma ou outra maneira apoiaram, significou muitas descobertas para mim. Não só descobertas sobre o assunto do mesmo, mas sobre um pouquinho mais acerca da ciência e sua relação com a própria mecanicidade da complexidade a que chamamos vida.

Agradeço pela minha amada esposa Iliana pelo seu apoio incondicional e imprescindível em cada passo que damos, e ao meu filho Rodrigo pela inspiração que me dá para querer ser um exemplo. A meus pais e irmãos sanguíneos pela união e energia desde sempre. Ao Dr. Emil Kupek, meu orientador, do qual muito agradeço por ser um dos grandes responsáveis a que este trabalho pudesse ser feito em tão pouco tempo. Ao Dr. Marcos Leite pela sua disponibilidade e seriedade nos ensinamentos sobre o assunto. À Monica Ozelame pela ajuda entusiasta com o inglês. Às mães que abriram o seu coração e suas casas para as entrevistas, e ao Dr. Pedro Luiz Schmidt por ser este grande companheiro de caminhada e exemplo de entrega a um ideal com determinação e autenticidade. Também aos meus colegas de turma, em especial os que foram companheiros de internato e me motivaram para realizar este trabalho: Juliano Castilho, Juilano Grock, Ana Claudia, Laura, Cassiana e Sandro. Agradeço também a todos os que não mencionei mas que muito me ajudaram.

E termino agradecendo a Aurélio Diaz Tepankalli que me ajudou a ver que a real medicina vai além do físico e chega ao centro do coração humano, onde se reestabelece a saúde total, que integra o corpo, as emoções, a mente e o espírito.

À todas minhas relações,

Haroldo Evangelista Vargas (Ehecateotl).

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVO.....	4
3. MÉTODO.....	5
4. RESULTADOS.....	7
5. DISCUSSÃO.....	17
6. CONCLUSÃO.....	26
7. REFERÊNCIAS.....	27
NORMAS ADOTADAS.....	30
RESUMO.....	31
SUMMARY.....	32
APÊNDICE.....	33

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, a prevalência de parto domiciliar (PD) na população, assim como os motivos determinantes da mesma, têm sido muito variados.

Na Austrália, os PD de 1985 a 1990 estiveram relacionados a uma alta taxa de mortalidade, se comparados com outros tipos de parto e com os partos domiciliares em outros países. Porém, a esse excesso de mortes, contribuiriam fatores não tão observados em outros países, tais como: a baixa estimativa dos riscos associados com pós-datismos, gravidez gemelar, apresentação pélvica e a falta de providência nos sofrimentos fetais¹.

Menos de 1% das mulheres da Inglaterra fazem PD, proporção esta decorrente da queda das taxas ocorrida nas últimas décadas^{2,3}. A prevalência sobre o PD em Khayelitsha na África do Sul, entre 1991 e 1994 foi estimada em 8%⁴.

Já na Holanda, um dos lugares do mundo de maior prevalência de PD, as gestantes de baixo risco podem escolher tanto entre ter o parto em casa, quanto no hospital, sob os cuidados do sistema primário de saúde, com enfermeiras obstetras ou com médicos generalistas. Muitas dessas mulheres preferem ter o parto em casa, mas nas últimas décadas vem aumentando o número de gestantes de baixo risco, que não escolhem o PD⁵.

Em 1965, dois terços de todos os partos realizados na Holanda ocorreram em casa. Nos últimos 25 anos, esta situação inverteu-se, com mais de 2/3 dos partos ocorridos em hospital e menos de 1/3 em casa. Mesmo assim é um número significativo e considerável. Vários fatores têm influenciado nesta mudança, incluindo a curta estadia hospitalar por ocasião do parto (tendência esta, paralela à do PD) e as facilidades do mesmo para as parteiras, o aumento nas taxas de

encaminhamento dos cuidados primários aos secundários, o avanço da tecnologia médica e mudanças demográficas⁶.

A extensão da queda na taxa de PD parece ter desestabilizado o sistema de cuidados da maternidade na Holanda, e o papel das enfermeiras obstetras dentro dela. Esta instituição depende muito dos colaboradores, parteiras e médicos, os quais são os responsáveis pelos cuidados das gestantes de baixo risco e dos obstetras que provêm os cuidados das gestantes de alto risco. A preservação da instituição requer um alto nível de cooperação entre os diferentes colaboradores e uma seleção no sistema funcional, a fim de garantir que todas as mulheres recebam os cuidados ideais. Para preservar a opção domiciliar no sistema de necessidades da maternidade holandesa é necessária a manutenção de uma eficiente formação profissional, com um padrão de pós-graduação para parteiras, além da contínua provisão nos cuidados da maternidade. Isto ajudará na possibilidade de opção às mulheres, com a confiança necessária nelas mesmas e no sistema para que se sintam seguras ao escolherem o PD⁶.

Já os PD planejados cresceram de 0,04% em 1973 para 2% em 1993 na Nova Zelândia e são cada vez mais populares⁷.

Também a diferença é marcante quando se compara zonas rurais com urbanas. Por exemplo, numa área rural do Kenia, achou-se que 52 % dos partos ocorreram em casa ou com o atendimento de parto tradicional, só que o maior motivo da escolha de parto em casa foi feita pela distância da casa até a maternidade, e não por algum motivo associado aos outros benefícios do PD eletivo⁸.

No Brasil, segundo DATASUS/MS, a prevalência de PD em 1994 foi de 0.93%, em 1995 de 1.95% e 1996 de 2.44%. Porém como um exemplo que ajuda a interpretar melhor estas taxas no Brasil, em Londrina - PR, dos partos considerados oficialmente domiciliares em 1994 somente 36,8 % realmente foram feitos em casa, ou seja, a taxa real de PD lá foi entre 0.13% e 0.3% de

①

Por que tinha ou não registado como PD? todos os partos, e as razões para tal escolha foram: “não havia transporte para levar a gestante até o hospital” e “não houve tempo suficiente para chegar até o hospital”. Não foi mencionado nada a respeito de PD eletivo⁹.

Na cidade de Florianópolis, segundo SINASC/DATASUS/MS, a prevalência de PD em 1995 foi de 0,4% (18 PD) , em 1996 de 0,2% (10 PD), em 1997 de 0.1% (3 PD), em 1998 de 0.1% (3PD) e em 1999 de 0.1% (4 PD); dando u total de 38 PD nos últimos 5 anos, dos quais 30 foram PD eletivos feitos pelo Dr. Pedro Luiz Schmidt que foi entrevistado para este trabalho.

Em alguns países então, a taxa de PD veio diminuindo, apesar da falta de evidências dos benefícios da hospitalização³.

Considerando que potencialmente o PD tem muitos benefícios para as parturientes, familiares e para o sistema de saúde, com custos inferiores aos de hospitais e clínicas, bem como o fato de que em alguns países a prevalência é significativa ou está crescendo e que nos últimos anos, em Florianópolis e Brasil a prevalência ainda é pequena se comparada com alguns países; se realizará este trabalho sobre PD eletivo para conhecer mais qualitativamente este tipo de prática, pela possível tendência de ser também uma opção viável e significativa de parto no Brasil^{7,10,11,12,13}.

Baa introduções

2-OBJETIVO

Relatar experiência sobre o PD eletivo, de um médico generalista e de três mães que fizeram o PD com o mesmo médico.

Objetivos específicos

- a) Identificar alguns motivos principais de escolha em gestantes para o PD e Florianópolis - SC; bem como suas atitudes, opiniões e a satisfação quanto ao resultado de suas vivências no PD ;
- b) Descrever a conduta e resultados dos PD do médico entrevistado, bem como suas atitudes e opiniões quanto aos riscos e benefícios do PD.

3-MÉTODOS

O presente estudo utiliza um método qualitativo de pesquisa. A coleta de dados foi feita com estudo observacional e entrevistas semi-estruturadas (conforme Apêndice), e as respostas audiogravadas. Os conteúdos das entrevistas foram desenvolvidos visando conhecer principalmente a motivação, a opinião e a satisfação das mães que vivenciaram o PD, assim como as condutas, opiniões, fatores de risco, benefícios e resultados segundo o médico que realizou os PD. A técnica de análise utilizada foi a análise de conteúdo.

O período de realização da pesquisa foi de fevereiro a maio de 2000.

3.1. Sujeitos

a) Três pacientes entrevistadas do sexo feminino em idade reprodutiva (41a, 35a, 24a), brancas, sendo mães que realizaram PD com Dr. Pedro Luiz Schmidt previamente. Foram mães escolhidas aleatoriamente dentre o grupo de 237 que realizaram PD com este mesmo médico, sendo moradoras de Florianópolis com telefone. Ligou-se antes explicando sobre a entrevista e marcando um horário posterior para realizá-la pessoalmente.

b) Dr. Pedro Luiz Schmidt, médico generalista que trabalha no Centro de Saúde da Lagoa da Conceição em Florianópolis- SC, com 20 anos de experiência em PD eletivos.

3.2. Ambiente

As entrevistas se desenvolveram no próprio domicílio dos entrevistados, em Florianópolis- SC. O ambiente se mostrou descontraído e informal onde

todos entrevistados demonstraram muita cooperação para a realização da mesma.

4- RESULTADOS

A- Entrevistas com três mães que realizaram PD com Dr. Pedro L. Schmidt

1ª IVC, 35 anos, feminino, branca, casada, natural de Caxias do Sul - RS, procedente do Canto da Lagoa em Florianópolis- SC, psicóloga que realiza trabalho com gestantes, sem nenhuma internação anterior.

A informação sobre o PD chegou através de amigas que passaram pela experiência e pela sua participação como acompanhante de uma amiga parturiente em dois PD feitos pelo Dr. Pedro Shmidt.

Quanto aos principais motivos de escolha para o PD, foi primeiro porque já tinha visto e considerou uma boa experiência com esse tipo de parto, e segundo pela idéia de estar no aconchego da casa e de não ter que ir para o hospital, que segundo ela é um ambiente frio onde não teria a importância de um evento especial e único.

Quando soube da gravidez, imediatamente decidiu fazer PD em conjunto com o marido que é pediatra. O restante da família não interferiu. A primeira consulta informativa com Dr. Pedro só veio confirmar aquilo que ela já pensava, de que o PD era positivo e seguro.

Teve todos seus três filhos por PD. Fez pré-natais em todas gestações. [?] Sem nenhuma doença ou problema anterior ou durante à gestação e estava dentro da classificação como parto de baixo risco. A frequência de consultas era mensal, e no final das gestações a frequência era quinzenal e semanal. Pensava no parto durante a gravidez mas não com preocupação, pois para ela era algo diferente, desconhecido, e especial. Preparou-se para o parto com Ioga para gestantes.

Durante as três vezes que entrou em trabalho de parto, ela caminhava muito, porque isso facilitaria o parto, e quando vinham as contrações, ficava de cócoras. O fato de estar em casa a deixava muito mais à vontade e estavam presentes todas as pessoas que quis, fato considerado pela mesma como muito importante. O ambiente da casa na hora do parto era sempre muito tranquilo e o atendimento do médico sempre foi com alto astral, muita atenção, diversão e durante o parto sentiu que ele passou muita segurança.

Após os nascimentos o médico a visitou duas vezes.

O que mais gostou em relação ao PD, foi realmente o fato de estar na própria casa, com intimidade, num lugar conhecido onde tinha liberdade de fazer o que tinha vontade, e não se sentir inibida, situação que ocorreria se houvesse pessoas estranhas.

O que menos gostou, foi no terceiro parto o excesso de movimento e conversa sobre outros assuntos entre os homens presentes, que pareciam não estar na mesma vibração que a parturiente.

O resultado final dos partos, em comparação com a expectativa inicial foi bem congruente com aquilo que esperava vivenciar, ou seja, um parto tranquilo em um ambiente aconchegante.

Se fosse para ter mais outro parto faria PD porém em água. Recomendaria para todas as mulheres que quisessem

2ª-LKR, 41anos, feminino, branca, casada, natural de Nova Jersey - Estados Unidos, procedente de Belo Horizonte – MG, professora de Aikido e massage de Rolfing, sem nenhuma internação anterior.

A primeira vez que teve contato com a informação sobre PD, foi nos Estados Unidos quando tinha doze anos a sua mãe deu a luz a todos seus irmãos em casa.

O motivo principal para fazer PD foi de sempre gostar de coisas mais naturais, e o fato de estar em casa a deixaria mais relaxada e achava que sentiria tensão em um ambiente hospitalar, que segundo ela é um local muito triste que foi criado para momentos em que o corpo não está funcionando muito bem, e desta maneira não é tão compatível e bom para um começo da vida onde não tem ligação com patologias.

Ficou grávida com quarenta anos, e sabendo que é considerado um parto de alto risco, queria ter o PD, mas com o acompanhamento de um outro obstetra que fizesse o parto em uma clínica em caso de alguma complicação. Primeiro conversou com Dr. Pedro Schimidt que lhe passou segurança e depois de conhecer o seu outro médico que seria seu obstetra paralelo para caso de complicações e possível traslado à clínica, Dr. Marcos Leite; é que decidiu mesmo ter PD. Esta decisão foi em conjunto com o marido.

Não teve nenhum problema importante de saúde antes e durante a gestação.

A preparação para o parto foi com muita conversa, em consultas que demoraram até duas horas, onde muita confiança e consciência sobre o processo de nascimento foi passada, num total de mais de nove consultas pré natais com cada médico.

Relatou que o trabalho de parto foi uma das experiências mais especiais e poderosas de sua vida, a pesar de que foi muito cansativo pois ficou duas noites sem dormir. Gostou do atendimento do Dr. Pedro pelo fato de poder fazer o parto no próprio ritmo, sem se sentir pressionada. Com a demora do trabalho de parto e por estar muito cansada, optou-se em conjunto com os dois médicos a transferência para a clínica. Na hora do parto, na clínica, estavam os dois médicos, e o marido que segurou a criança que nasceu via vaginal. Disse que se esqueceu do sofrimento pois a experiência como um todo foi muito linda.

Teve duas visitas do médico pós parto em vinte e quatro e quarenta e oito horas depois.

O que mais gostou do PD foi se sentir livre estando na própria casa que considera ser um ambiente aconchegante em contato com a natureza. O que não gostou foi a manutenção da limpeza, porque necessitou muito trabalho de seus familiares.

Quanto ao resultado final achou que cumpriu totalmente as expectativas que tinha e espontaneamente comentou que não mudaria nada com respeito a experiência pois achou perfeita, mesmo tendo sido transferida para a clínica.

Disse que recomendaria o PD para todas, menos as de alto risco.

3ª-MMM, 24 anos, feminino, branca, casada, natural do Rio de Janeiro- RJ, procedente do Campeche em Florianópolis- SC, estudante de história, com uma internação anterior.

Soube do PD em um trabalho da faculdade com uma parteira que comentou que havia um médico que os fazia, e que era o Dr. Pedro L. Schimidt.

Sobre a motivação para fazer o parto, tinha o ideal de um parto onde ninguém a mandaria em como fazer as coisas, perdendo desta maneira o domínio do seu corpo e emoções. Queria liberdade de expressão. Também pelo aconchego do lar, junto dos seus familiares e não queria um lugar para o nascimento do seu bebê com tudo branco, impessoal e diferente da sua casa. O que sim queria alguém que tivesse mais conhecimento e experiência para acompanhá-la e então ter uma opção onde sem risco para ela e para o bebê tivesse o parto em um ambiente e situação mais tranquilos.

Quando soube que estava grávida foi se informar ao respeito do parto domiciliar com o Dr. Pedro e sentiu-se bem atendida, porque o médico não ficou em uma posição de distância com a paciente. Neste primeiro contato com o médico gostou muito pelo seu respeito, distinção e importância à mulher e à parte humana do nascimento de um novo ser. Na ocasião desta primeira conversa informativa sobre o parto, teve a certeza de realizar o PD, pois o

médico lhe passou a segurança de que se tivesse um sinal de risco, a levaria para o hospital. O marido e a família apoiaram.

De história pregressa teve amigdalite quando criança e antes e durante gravidez sem queixas ou problemas nos diversos aparelhos e sistemas. A gravidez foi boa mas um pouco conturbada emocionalmente ao princípio, pois estava estudando também. O pré-natal foi feito com muito apoio, o que a ajudou a estabelecer a gestação como prioridade e passou a estar tranqüila e com um sentido mais profundo sobre a gravidez. Realizou uma consulta de pré-natal por mês, e gostou bastante.

Durante o trabalho de parto o médico a avaliava periodicamente e lhe inspirava muita segurança e tranqüilidade sem mandar no que deveria fazer. A experiência de ter o marido junto foi muito boa. O parto em si foi longo, o que a deixou cansada, e foi o que finalmente determinou a sua ida para o hospital. Esta decisão foi recebida pela parturiente como sensata, e ainda que não era o plano original, foi bem aceita. Teve parto vaginal e seu próprio médico é que terminou de realizar seu parto no hospital, fato importante para ela, pois não queria ser atendida nesta hora por um médico que nunca viu antes.

Estava feliz ao concluir, pois sentiu que era ela e o neném que fizeram o esforço, apenas apoiada pelos demais.

O médico fez uma visita pós parto doze horas depois, e não fez mais pois esteve por dois dias na responsabilidade do hospital onde ficou em recuperação.

O que mais gostou do PD foi ficar na sua própria casa. Não faria nenhuma mudança no esquema do PD, pois o médico a assistiu e a respeitou na forma como quis fazer, se sentindo bem livre.

Achou que valeu a pena a experiência nas horas de trabalho de parto em sua casa, devido o ambiente especial que foi gerado.

Se fosse fazer um próximo parto seria em casa e recomenda a outras mulheres esta opção de parto.

B- Entrevista com o médico que realiza PD.

Dr. Pedro Luiz Schmidt é médico graduado na Universidade Federal de Santa Catarina, que trabalha como generalista do programa de saúde da família no Centro de Saúde da Lagoa da Conceição em Florianópolis- SC, e que paralelamente assiste PD eletivos há 20 anos.

Seu primeiro parto em domicílio foi em 1980, no nascimento de sua filha. Naquele tempo a reação dos colegas médicos de Florianópolis ao saber que ele fazia o PD era de resistência e contrariedade. Porém segundo as informações que ele tinha sobre o contexto mundial do PD era de uma certa tendência e muitos estados americanos, como na Califórnia e Carolina do Sul e também em alguns países da Europa como Holanda, Noruega, Inglaterra e Alemanha. Esta informação era obtida não só pela leitura de revistas científicas, mas também pelo relato de estrangeiros que tinham passado pela experiência do PD e vinham para Florianópolis.

No começo marcava o número de partos em um estetoscópio com entalhe de um canivete, e um tempo depois em uma agenda. Tem registrados 237 partos, dos quais 17 (7.1%) foram cesáreas e 18(7.5%) partos concluíram como parto vaginal em clínica ou hospital devido retenção de placenta, suspeita de hemorragia, um caso com hemorragia, e a maioria com não evolução do trabalho de parto.

Acha que o perfil básico das pacientes é de classe média e média alta, de qualquer idade, e sendo em geral casais sem problemas conjugais com gravidez planejada. Também observou que mais ou menos metade dos seus pacientes são estrangeiros, ou brasileiros que moraram no exterior.

O contato inicial com a gestante acontece com um pedido inicial de informação e em geral o casal vinha junto. Quando a pessoa vinha com o espírito de fazer o parto em casa, automaticamente já havia a seleção de uma

grande parte da população, pois já tinha um preparo emocional que é essencial para o PD. Se eles diziam que estavam confiantes de realizar o PD, tinham uma grande chance de fazer o parto em casa, normal e sem complicações. Nessa conversa inicial falava dos riscos e a possibilidade de terminar o parto na maternidade. Sua conduta também era a de perguntar motivos de escolher o PD. Se a resposta era sem muita consistência, não o realizava.

Em geral, dentre os motivos de fazer o PD, estava o medo de estar no hospital e ter que realizar uma cesariana, já que no Brasil se faz proporcionalmente muitas cesarianas. Também por achar que o ambiente hospitalar é hostil, onde têm muita gente, sendo o bebê muito manipulado nas primeiras horas, e as relações são impessoais sem vínculo nenhum com ninguém, e o que elas precisam é de confiança para o momento, e não confia na estrutura hospitalar. E outro motivo é da liberdade de estar à vontade no aconchego da casa com as pessoas que desejam. Elas queriam que ao nascer o neném, nascessem em um contexto profundo.

A conduta pré-natal era a clássica, acrescida de uma profundidade na conversa para criar um vínculo. Dava noções de valores importantes para o ato que é gerar e dar à luz a um novo ser. Recomendava quatorze consultas, sendo uma consulta por mês até o sexto mês, e do sétimo ao oitavo mês de quinze e quinze dias; e finalmente no último mês uma vez por semana.

Para o parto não esperava chegar a quarenta e duas semanas. Neste caso encaminhava para a gestação de risco da maternidade. Não realizava parto de risco, nem gestação de risco. Ao fazer o pré-natal, se evoluísse com alguma condição de risco, encaminhava para um colega obstetra que fizesse gestação de risco. O parto em casa é aquele que teoricamente não tem risco, avaliado na história da paciente e na dinâmica do pré-natal. O risco que existiria é o habitual normal e inevitável se feito em qualquer outro lugar. Referiu que avisava às gestantes que ao menor sinal ou qualquer possibilidade de risco, ainda que

abstrata ou intuitiva, seria levada à uma maternidade, para concluir o parto. Quanto ao aviso, a pessoa chamava quando começavam as contrações, e já entrava em plantão na trigésima nona semana, porém a partir da trigésima quarta semana já podia fazer o parto; e se nascesse antes disto a conduta seria de ir ao hospital. Fazia no mínimo uma consulta na casa do paciente, de preferência nas últimas semanas e selecionava o local do parto junto com o casal.

No dia do parto dependendo das circunstância se definiam todos os detalhes. Em geral fazia o parto Leboyer de cócoras, mas já fez em posição deitado, ajoelhada, de quatro e submersa em água morna.

A decisão de quem iria participar do parto era feita principalmente pela mulher. O problema era quando tinha alguém com medo pois contagiava e podia deixar insegura a mulher. Quando em geral haviam irmãos do bebê, estes ajudavam de alguma maneira na evolução do parto.

Se tudo estivesse saindo bem e o marido ou a mãe da parturiente quisessem, poderiam receber o neném. O que sim, o médico ficava bem próximo pois era feito quase no escuro, às vezes com luz indireta como vela ou abajur e o quarto bem aquecido.

A decisão de ir à maternidade, caso precisasse, era reservada ao médico pois algumas parturientes não quiseram ser transferidas ainda com a indicação médica, e este por sua vez usava critérios técnicos para saber se era necessário, ou seja, não esperava que a paciente estivesse mal, cansada, desidratada e hipoglicemiada. Quanto a evolução do trabalho de parto não estabelecia um prazo de tempo fixo, mas sim se estivesse tranqüila, hidratada, alimentada e o parto evoluindo bem. Em partos mais lentos oferecia água e mel para evitar que se desidratasse e acumulasse ácido láctico, o que a deixaria mais tensa, contraída, dolorida, e cansada. Dentre os fatores que impediram de fazer algum parto em casa estavam a falta de condições emocionais da parturiente, a apresentação fetal inadequada e habitação inadequada.

Nunca teve paciente com doenças infecciosas, com HIV e com malformações.

Cuidava com a possibilidade de hemorragia pós-parto e por isto sempre ficava cinco horas depois do parto pois justamente nesse período que há o maior perigo de ter hemorragia.

Outro dos sinais que o fazia decidir a ida para a maternidade era a frequência cardíaca fetal abaixo de 100. Nunca teve nenhum problemas com o recém nascido e nunca necessitou aspirá-lo ou reanimá-lo. Dentro de sua conduta e PD preferia não induzir as contrações com medicação. Se tinha indicação formal de indução preferia encaminhar ao hospital.

Em quanto a analgesia também preferia não usar. Referiu que o melhor analgésico é o carinho e beijo do marido e o afeto da família. Não fazia tricotomia, lavagem intestinal e episiotomia de rotina. Quanto aos materiais que levava estava o material para sutura, anestesia, tesoura para cortar o cordão, aparelho para aspiração, ambu, estetoscópio, sonar, fita métrica, balança, agulhas de acupuntura, balança e régua antropométrica.

Outro cuidado que tinha era o de fazer o parto em uma casa que estivesse a menos de 40 minutos para chegar ao hospital, pois dentro desse tempo eliminava a possibilidade de algum risco adicional para o PD.

Em relação ao que considerou como vantagens e benefício de fazer o PD é que a mulher e o casal estão na plenitude da sua capacidade de ganhar o neném, sem nenhum fator externo de stress e no próprio ritmo de parto que é diferente para cada parturiente. Se ela começasse a fazer o parto em casa e terminasse tendo que fazer cesárea, segundo ele seria certeza de que se ela começasse o parto no hospital, iria fazer cesárea de qualquer jeito. Outro benefício, é que a mulher não passava pelo stress de chegar na maternidade e ter que voltar se não estivesse no momento exato de ter o neném, porque o ir e vir para a maternidade, causaria um grande desgaste para a gestante, o bebê e a família. No

PD há muito menor número de cesáreas em comparação com estatística hospitalar. Outra vantagem é a do custo, que é muito mais baixo do que e hospital e clínica. Nascer em casa é mais lindo e achou que não há maior risco de fazer parto em casa do que em um hospital, principalmente por toda sua conduta com um intenso trabalho no pré-natal, conhecendo a dinâmica do casal e da família; e na hora do parto passava todos os minutos ao lado da parturiente, tendo os equipamentos necessários e precaução de ir para o hospital ao menor sinal de algum problema.

Achou que essa tendência do PD não acontece no Brasil por falta de investimento do governo e empresas de saúde, mas acredita que isso será um assunto para o futuro, que será realizado e indicado quando houver mais interesse na saúde. Também acha que não serão médicos os que farão os PD, e sim enfermeiras obstétricas, devido a falta de paciência, o ímpeto de ser intervencionista e a falta de tempo para dedicar muitas horas para uma só pessoa. Segundo ele o parto é um fenômeno natural, e o técnico pela sua formação tem a necessidade de intervir.

O ideal para o futuro, seria que existisse uma unidade móvel hospitalar na frente da casa em que estivesse sendo realizado o parto, para as possíveis intervenções.

Sua visão é de que os parto feitos em casa acontecem de uma maneira tão linda e tão marcante, o que não sucede no hospital pois lá a parturiente é uma paciente que é controlada e perde sua própria concentração no parto e sua liberdade de expressão. Dessa maneira, no PD, tanto as parturientes quanto o médico, vivem intensamente o parto: a família ri, chora, se abraça, e fica a vontade para celebrar um acontecimento que é único.

5.DISSCUSSÃO

Em relação aos determinantes da escolha de parto hospitalar ou em casa existe um modelo de equação estrutural que indicou que os fatores sociais, especialmente a confiança sobre outras crenças e modos de pensar sobre o PD e expectativas dos cuidados hospitalares durante o parto, foram de longe os fatores mais fortes de escolha. Fatores pessoais medidos como status de saúde antes e durante a gravidez, a existência de sintomas menores e o medo da dor ou complicações durante o parto foram encontrados como insignificantes e de influência indireta. Estas informações indicam que enfatizando os bons resultados e a excelente qualidade nos cuidados em casa do parto apoiam e fortificam a aceitação geral dos partos em casa^{5,14}.

Nas entrevistas feitas, as mães referiram basicamente o mesmo motivo de escolha do PD, que também foi relatado pelo médico, que é a necessidade de ter um parto mais humano, especial e natural, associado com a confiança de uma prática segura para as parturientes e recém nascidos.

Em geral há uma discrepância entre o interesse expressado da população e idade reprodutiva em fazer partos alternativos e os que realmente são realizados pela mesma, sendo bem menor o número de PD realizados que o número de interessados pelo mesmo. ^{de?} A maioria das pesquisas masculinas e femininas mostraram maior interesse pela escolha de partos hospitalares convencionais¹⁵.

As preferências por PD foram associadas com as mulheres múltíparas enquanto que as mulheres que nunca tiveram filhos ficaram indecisas, e isto é um sinal de que a mulher quer opções no tipo de parto^{3,15}. Já nos três casos das entrevistadas neste trabalho, constatou-se que todas fizeram a escolha de PD mesmo sendo primíparas, e também eram de diferentes idades e casadas. O

médico entrevistado acredita que o perfil se relacione mais com casais sem problemas conjugais, e casais com algum tipo de contato anterior com outros países onde se realizava mais o PD que no Brasil e que obtiveram uma informação mais detalhada sobre o mesmo para tomar a decisão com convicção.

Muitas mulheres acreditam que fazer o parto no hospital é mais seguro que em casa; outras têm pouco conhecimento das vantagens e desvantagens de fazer o parto em casa e no hospital, embora tenha havido uma demanda substancial para informação adicional, e somente uma minoria está melhor informada que as demais. Outra minoria expressou espontaneamente hostilidade por todos os tipos de confinamentos em casa³.

Em países onde as mulheres podem requerer PD, das que assim o fazem durante a gestação, até 2/3 das mulheres não recebem opções sobre o lugar do parto, outras tantas são referidas para o hospital antes de entrarem em trabalho de parto e algumas mais vão para o hospital durante o trabalho de parto, o que indica que em tais lugares a prevalência de PD poderia ser maior se existisse mais opção de se realizar o PD¹⁶. Para muitas famílias requerer o PD, é devido a uma importante valorização desta prática, fato observado de uma forma marcante para todas as entrevistadas. Só que é raro os médicos gerais apoiarem, possivelmente pela falta de entendimento das suas responsabilidades e das enfermeiras obstétricas¹⁶. Esta informação pode explicar o comentário do médico entrevistado de que seus colegas médicos não aceitavam a possibilidade de PD.

Dentre as enfermeiras obstétricas, as que são mais positivas sobre os PD e não consideram que este tipo de parto envolva riscos, acabam realizando u maior número de PD. A opinião das enfermeiras sobre a necessidade e segurança deste trabalho tem um efeito positivo na porcentagem de realização do mesmo. Aqueles que tentam ser contra o aumento da prática de PD deve levar em conta estes fatores descritos acima¹⁷. Desta maneira há a possibilidade

de que se mais mulheres tivessem a informação correta sobre PD com um esclarecimento médico imparcial e a oportunidade de realização do mesmo, quiçá seria maior a prevalência de PD no Brasil e no mundo.

Quando se compara mulheres que escolhem PD e parto hospitalar antecipadamente e acompanhadas desde a primeira consulta pré-natal até três meses depois do parto se constata que durante o parto, o grupo de PD necessita *significativamente* menos medicação e menor intervenção médica, enquanto que nenhuma diferença se encontra na duração do trabalho de parto e na hemorragia materna. Morte pré-natal chega a ter o mesmo número para ambos os grupos. Em geral não há diferença quanto ao peso de nascimento, idade gestacional ou condição clínica. A taxa de Apgar pode ser ligeiramente maior no PD. Sendo assim, mulheres saudáveis com gravidez de baixo risco, que desejem ter parto em casa, não aumenta o risco para elas nem para os bebês em relação ao parto hospitalar¹⁰.

Não existe relação entre o lugar do parto e o resultado perinatal e¹¹ mulheres primíparas com antecedentes favoráveis ou não (antecedentes sociais, médicos e obstétricos) em mulheres com gravidez de baixo risco. Já nas mulheres multíparas, o resultado perinatal pode ser *significativamente* melhor para PD que para partos hospitalares eletivos, com ou sem controle das variáveis de seus antecedentes. Quando se fala em considerar melhores resultados perinatais, são aqueles baseados na proposta de melhores resultados com menores intervenções. Os partos domiciliares são no mínimo tão bons quanto os partos hospitalares nos casos de gravidez de baixo risco¹¹.

A definição do que é gravidez de baixo risco varia um pouco para cada país, mas no Brasil, segundo TEDESCO/MS(1999), os fatores de risco na gravidez estão dentro das características a seguir.

1. CARACTERÍSTICAS BIOPSISSOCIO-CULTURAIS:

- Idade menor que 15 e maior que 35 anos
- Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse.
- Situação conjugal instável
- Renda familiar baixa
- Condições ambientais desfavoráveis
- Peso menor que 45 e maior que 75kg
- Dependência de drogas lícitas e ilícitas
- Condições psicológicas alteradas

2.HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR

- Morte perinatal explicada e inexplicada
- Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformação
- Abortamento habitual
- Esterilidade e multiparidade
- Síndrome hemorrágica hipertensa
- Cirurgia uterina anterior

3.DOENÇAS OBSTÉTRICAS NA GRAVIDEZ ATUAL:

- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada
- Ganho ponderal inadequado
- Pré-Eclâmpsia
- Amniorrexe prematura
- Hemorragias da gestação
- Isoimunização
- Óbito fetal

4.INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS

- Cardiopatias
- Pneumopatias
- Nefropatias
- Endocrinopatias
- Hemopatias
- Hipertensão Arterial
- Epilepsia
- Doenças Infecciosas
- Ginecopatias
- Etc.

O risco perinatal associado a PD na Inglaterra nas poucas mulheres que fizeram esta opção é baixo e na maior parte inevitável se fosse feito e hospital. No entanto autoridades de saúde nos cuidados maternos acrescentam que há muito mais risco associado com parto não planejado fora do hospital ^{12,18}. Isto pode ser uma hipótese de que algumas mulheres e médicos não são a favor do PD, pois poderiam confundir um PD eletivo com um parto feito em casa se suporte de um médico ou de uma enfermeira obstétrica.

Trabalhos que examinaram a segurança do PD planejado inclusive co suporte de um moderno hospital e o parto planejado no hospital chegaram à conclusão que não há diferença significativa na mortalidade do perinatal entre os dois grupos. A principal diferença nos resultado são a menor freqüência de baixo APGAR e de severas lacerações perineais em PD,bem como se relata menor intervenção médica em PD de gestantes seletivas como indução, episiotomia, manobras do parto vaginal e cesariana ¹⁸.Em Florianópolis, segundo dados SINASC/MS, a taxa de cesáreas em 1997 foi de 42%.

O médico entrevistado relatou que faz um parto com todos os cuidados obstétricos necessários, porém prefere não fazer nenhum tipo de intervenção cirúrgica e medicamentosa. Seus resultados se refletiram em 237 PD com apenas 17 (7.1%) cesáreas (bem menor em comparação com as taxas de cesáreas dos partos hospitalares em Florianópolis), 18 (7.5%) partos que não concluíram em casa e sem nenhuma morte fetal e materna; o que é muito bom. Isto provavelmente é consequência do que o próprio médico comentou que além de que a mulher em casa está na plenitude da sua capacidade de parir, também está apoiada de um manejo correto e seguro que inicia numa boa entrevista, e segue com um bom pré-natal filtrando para o parto apenas gestações de baixo risco.

Desta forma, quando a informação passa a ser dada melhor e corretamente, e a realização do PD dentro de conduta adequada, passa a ser constatado como um método seguro e alternativa viável, como ocorre na Nova Zelândia, onde o PD é cada vez mais popular ⁷.

O PD permanece raro quando feito por médicos e pouco se sabe das preferências das mulheres em idade reprodutiva ³. Na opinião do médico entrevistado, este fato se deve ao longo tempo que demanda o atendimento de um PD e a falta de paciência que pode ter quem possui uma formação técnica intervencionista, como é o caso de muitos médicos. Com tudo isto acha que no futuro esta atividade será mais realizada por enfermeiras obstétricas.

A taxa de mortalidade perinatal em casos de gravidez com pós-data, gemelares e apresentação pélvica nos resultados em PD quando atendidos por enfermeira obstétrica é maior e estatisticamente significativa do que os atendidos por médicos. Essas diferenças desapareceram quando se analisa uma gravidez que não envolve este tipo de ocorrência na amostra. Os achados também levantam questionamentos sobre a segurança dos PD de alto risco ^{19,20}. Um dos casos das mães entrevistadas foi o de uma parturiente que estava acima dos quarenta anos, considerado então como parto de alto risco e fora do padrão

normal de seleção para PD. Porém sua gestação e parto tiveram um acompanhamento adicional com outro obstetra, bem como um esquema preparado de traslado à uma clínica na hora do parto em caso de necessidade. Finalmente o parto concluiu na clínica sem nenhuma complicação.

Resultados sugerem que pelo menos 5% das mulheres com gravidez adequada para PD requerem a transferência no trabalho de parto e mostram também que para os PD se deve ter habilidade em ressuscitar o recém nascido e os materiais necessários para a ressuscitação e entubação quando se fizer necessário. A associação britânica de pediatria sugeriu que somente 0,2 por cento dos partos de baixo risco necessitam de ressuscitação, porém há trabalhos que sugerem que a necessidade é maior ²¹. Com o médico entrevistado o material de ressuscitação sempre esteve presente, ainda que nunca foi utilizado, porém a taxa de transferência para em maternidade foi em total de 15.6%, o que pode ser um fator que demonstra prudência na conduta do médico entrevistado.

Dentre as razões mais comuns de PD que necessitam de transferência para o hospital está a falha no progresso do trabalho de parto, e que apesar da resistência das pacientes com a intervenção médica, ela é feita em até 63% das pacientes transferidas, seja com distração por vácuo, fórceps ou cesárea ²². Nos casos de PD realizados pelo entrevistado, também o maior motivo de transferência para o hospital foi a falha na evolução do trabalho de parto seguido por casos de hemorragia. Não foi referido de que forma concluíram os 18 (7.5%) partos normais que terminaram na maternidade de um hospital ou clínica, ou seja, se necessitaram algum tipo de medicação, fórceps ou alguma outra manobra obstétrica.

A mortalidade intraparto durante o atendimento do PD é concentrado em gestantes com evidência de passagem meconial. Melhores resultados depende também de uma simples, mas consistente seleção para partos hospitalares usando a reprodução do histórico, combinado com melhor sistema de

comunicação e transporte para PD a hospitais quando necessário, com orientação de rápido cuidados de emergência²³. O médico entrevistado também mencionou que o ideal para um PD é a presença na frente da casa da parturiente de uma unidade hospitalar móvel. Como ainda não dispõe desta ferramenta, o que faz é realizar o parto a menos de quarenta minutos de distância do hospital. E para a seleção das interessadas em PD, considera muito importante também saber da motivação das gestantes para o mesmo e informações dos seus aspectos emocionais.

As mulheres da Holanda com gravidez de baixo risco são livres para escolher onde fazer o parto, se em casa ou no hospital, e se atendidas por uma parteira independente ou por um médico geral. Se a mulher tiver planejado o PD e tiver algum problema durante o trabalho de parto, ela terá de ser transferida para o hospital. Destas mulheres, as que gostariam de dar a luz em casa, mas foram transferidas para o hospital por necessidade mostraram-se positivas sobre o parto, bem como puerpério precoce e o atendimento da parteira que as atendeu como se fossem gestantes que optaram pelo parto hospitalar. Uma transferência não planejada de um PD planejado para o hospital tem pouca influencia na experiência do nascimento^{14,16}.

As duas mães pesquisadas que não terminaram o trabalho de parto em casa, sendo uma levada à maternidade de um hospital e outra à uma clínica particular, comentaram espontaneamente que valorizaram muito ter estado em casa durante uma parte do trabalho de parto. E as três mencionaram que ficaram muito satisfeitas com o PD, e que realizaram as expectativas de acordo às motivações iniciais, inclusive todas recomendaram o PD para as ~~que~~ mães que queiram.

Outro dado importante sobre o PD dentro de uma visão macro do que é a situação geral dos partos em um país, é que as decisões sobre o parto não deveriam ser tomadas sem as informações sobre os custos, taxas de sucesso e qualquer relação entre os dois. E isto é relevante também para os hospitais, casas

e centros de nascimento. A média de partos normais sem complicação custa 68 % menos em casa do que no hospital, sem contar com que os partos iniciados em casa oferecem uma taxa combinada mais baixa de complicações e cesáreas; o que abaixaria ainda mais as taxas de custos do PD¹³.

Com estas entrevistas, se observou a importância do aspecto emocional de um parto mais humanizado, como é o caso do PD eletivo; e que para gravidez de baixo risco quando feito por um profissional preparado e dentro dos padrões corretos de conduta obstétrica, é viável e não possui maior risco que o parto hospitalar. A informação adicional e personalizada é necessária para que as mulheres possam fazer uma livre e consciente escolha sobre o local do parto fornecendo as informações importantes de uma forma acessível, para que se possa oferecer conhecimento às pessoas interessadas, incluindo todos os aspectos concernentes ao PD, como os riscos e benefícios do mesmo ^{2,3}. Desta maneira e de acordo também com a opinião do médico entrevistado, com todos os benefícios citados e por citar, o PD poderá ser uma tendência e opção regular entre os tipos de partos no sistema de saúde brasileiro, quando se investir mais em saúde no Brasil.

6-CONCLUSÃO

Dentre os motivos principais de escolha das gestantes para o PD observados nas entrevistadas, está o de querer um parto mais humanizado, em um ambiente especial, familiar, tranqüilo e livre, diferente do hospital e seu caráter impessoal com tendência intervencionista. Todas relataram satisfação e expectativas realizadas. Inclusive as que terminaram o parto em clínica ou hospital, comentaram espontaneamente que ficaram satisfeitas pelas horas que passaram em suas casas durante o trabalho de parto.

Complementaria à entrevista das mães foi a do médico que com o relato de sua conduta e resultados, observou-se a importância do aspecto emocional de um parto mais humanizado, como é o caso do PD, e que tem um grande potencial de benefícios e a possibilidade de não haver nenhum risco adicional para gestantes de baixo risco em relação aos partos hospitalares se utilizado a conduta e ferramentas adequadas com critérios técnico-científicos.

Desta maneira é possível que se a população tivesse a informação adicional necessária que incluísse todos os aspectos concernentes aos tipos de parto, e pudessem fazer uma livre e consciente escolha sobre o local de parto de uma forma acessível e regular, poderia ser maior a prevalência de PD no Brasil com melhor qualidade e menor custo para o sistema de saúde.

7-REFERÊNCIAS

1. Bastian H; Keirse MJ; Lancaster PA, et al. Perinatal death associated with planned home birth in Australia: population based study. BMJ 1998; 317 (7155): 384 – 8.
2. Collaborative survey of perinatal loss in planned and unplanned home births. Northern Region Perinatal Mortality Survey Coordinating Group. BMJ 1996; 313 (7068): 1306 – 9.
3. Fordham S. Women's views of the place of confinement. Br J Gen Pract. 1997; 47 (415): 77 – 80.
4. Kitsa P; Ngozwana S; van Coeverden de Groot HA, et al. The prevalence of domiciliary deliveries in Khayelitsha, Cape Town. S Afr Med J 1997; 87 (2 Suppl): 224 – 5.
5. Wiegers TA; Van der Zee J; Kerssens JJ; Keirse MJ, et al. Home birth or short-stay hospital birth in a low risk population in The Netherlands. Soc Sci Med 1998; 46 (11): 1505 – 11.
6. Wiegers TA; van der Zee J; Keirse MJ, et al. Maternity care in The Netherlands: the changing home birth rate. Birth 1998; 25 (3): 190 – 7.
7. Gulbransen G; Hilton J; McKay L; Cox A, et al. Home birth in New Zealand 1973 – 93: incidence and mortality. N Z Med J 1997; 110 (1040): 87 – 9.
8. Hodgkin D. Household characteristics affecting where mothers deliver in rural Kenya. Health Econ 1996; 5 (4): 333 – 40.
9. Jorge MH; Gotlieb SL; de Andrade SM, et al. Analysis of registries of live births in an urban area of Southern Brazil. Rev Saude Publica 1997; 31(1) : 78 – 89.
10. Ackermann LU; Voegeli T; Gunter WK; Kunz I; Zullig M; Schindler C;

- Maurer M, et al. Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome. Zurich Study Team. *BMJ* 1996; 313 (7068): 1313 – 8.
11. Wieggers TA. Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in The Netherlands. *BMJ* 1996; 313 (7068): 1309 – 13.
 12. Anderson RE; Anderson DA, et al. The cost-effectiveness of home birth. *J Nurse Midwifery* 1999; 44 (1): 30 – 5.
 13. Wieggers TA; van der Zee J; Keirse MJ, et al. Transfer from home to hospital: what is its effect on the experience of childbirth? *Birth* 1998; 25 (1): 19 – 24.
 14. Viisainen K; Gissler M; Raikkonen O Perala ML; Hemminki E, et al. Interest in alternative birth settings in Finland. *Acta obstet gynecol scand* 1998; 77 (7): 729 – 35.
 15. Davies J; Hey E; Reid W; Young G, et al. Prospective regional study of planned home births. Home Birth Study Steering Group. *BMJ* 1996; 313 (7068): 1302 – 6.
 16. Jabaaij L; Meijer W, et al. Home births in The Netherlands: midwifery related factors of influence. *Midwifery* 1996; 12 (3): 129 – 35.
 17. Olsen O. Meta analysis of the safety of home birth. *Birth* 1997; 24 (1): 4 – 13; discussion 14 – 6.
 18. Mehl Madrona L Madrona MM, et al. Physician and midwife attended home births. Effects of breech, twin, and post dates outcome data on mortality rates. *J Nurse Midwifery* 1997; 42 (2): 91 – 8.
 19. Rice A. Midwifery soon to be an option in B. C. for low-risk births. *Nurs BC* 1996; 28 (5): 24 – 6.
 20. Arya R; Pethen T; Johanson RB; Spancer AS, et al. Outcome in low risk pregnancies. *Arch-Dis-Child-Fetal-Neonatal-Ed.* 1996; 75(2):97-102

21. Ngenda N.; Khoo SK, et al. Failed homebirths: reasons for transfer to hospital and maternal/neonatal outcome. *Aust N Z J Obstet – Gynaecol* 1996; 36 (3): 275 – 8.
22. Murphy PA; Fullerton J, et al. Outcomes of intended home births in nurse-midwifery practice: a prospective descriptive study. *Obstet-Gynecol* 1998; 92 (3): 461 – 70.
23. Geefhuysen CJ; Isa AR; Hashim M; Barnes A, et al. Malaysian antenatal risk coding and the outcome of pregnancy. *Obstet – Gynaecol Res* 1998; 24 (1): 13 – 20.

NORMAS ADOTADAS

As normas adotadas para este trabalho foram as da Resolução N° 001/99 do Colegiado de Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina .

Para as Referências foram adotadas as normas da Convenção de Vancouver – Canadá, conforme a 5ª edição , com algumas adaptações: Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos Uniformes para Originais submetidos a Revistas Biomédicas, publicadas no jornal de Pediatria em 1997; 73:213-23.

RESUMO

Este trabalho foi realizado com o objetivo de relatar as experiências de três mães que fizeram PD eletivo e de um médico que os realiza há 20 anos, e observar sobretudo aspectos da motivação e satisfação das mães e a conduta e resultados do médico.

Adotou-se o método de pesquisa qualitativo com estudo observacional e a realização de entrevistas semi-estruturadas.

No relato das mães observou-se que dentre os motivos de escolha para o PD estava o de querer o parto mais humanizado em um ambiente especial, familiar, tranquilo e livre. Todas relataram satisfação e expectativas realizadas, inclusive as que foram transferidas para maternidade. O médico realizou um total de 237 PD, dos quais foram 17 (7.1%) cesáreas, 18 (7.5%) casos de finalização de parto normal em maternidade e sem nenhuma morte fetal ou materna. Não usou medicações.

Para muitas gestantes é importante o lado emocional de um parto mais humanizado e pode ser grande o potencial de benefícios do PD eletivo para as gestantes que o desejam. Com boa conduta médica, pode não haver riscos adicionais de PD nas gravidezes de baixo risco em relação ao parto hospitalar.

É possível que, se a população tivesse regularmente a opção de realizar o PD, seria maior a prevalência do mesmo no Brasil com melhor qualidade e menor custo para o sistema de saúde.

SUMMARY

The prevalence of home delivery (HD) varies from one third in the Netherlands to 1% in the United Kingdom. This method of delivery has many potential benefits, particularly among those who seek a more familiar, 'humanised' environment, without augmentation of risks during the labour. In Brazil, the prevalence of HD is approximately 2% and in the city of Florianópolis only 0.1% in recent years.

The objective of this work is to describe the experiences of HD from the point of view of three women who utilised this method in Florianópolis city, as well as from the point of view of the general practitioner who realised the deliveries and has 20 years of experience with this method. Qualitative search methodology with semi-structured interview was used.

A important motive for HD was the wish to experience the delivery in a special and familiar ambient such as home, which felt more peaceful and free than a maternity ward. All the women interviewed were satisfied with HD and felt it fulfilled their expectations. The general practitioner quoted the following results with elective 237 PD: 17 (7.1%) lower segment caesarean sections, 18 (7.5%) labours transferred to the maternity wards, no stillborn infant or mother and no use of medication.

Due to the potential of elective HD to bring considerable benefits for the pregnant women with low risk pregnancy compared to the delivery in maternity wards, there may be many more HD deliveries had the population had more information on this option in Brazil.

APÊNDICE

A- Entrevista semi- estruturada para as mães:

- 1- Identificação: Nome, idade, sexo, raça, estado civil, naturalidade, procedência, profissão e número de internações anteriores.
- 2- Circunstância da informação inicial sobre PD.
- 3- Motivos para realizar o PD.
- 4- Circunstância da decisão e a participação do cônjuge e da família sobre a mesma.
- 5- Descrição de pontos importante na primeira consulta informativa co médico que realiza os PD.
- 6- Descrição de alguns pontos importantes do pré-natal como: estado de saúde anterior a gestação, intercorrências na gestação, aspectos de importância para a entrevistada e número de consultas.
- 7- Descrição dos aspectos mais importantes para a entrevistada no trabalho de parto como: ambiente, participantes, conduta e atendimento médico.
- 8- Pós parto e número de visitas.
- 9- O que mais gostou do PD.
- 10- O que menos gostou do PD, e se alteraria algo em relação à conduta tomada.
- 11- Nível de satisfação com o PD. Se repetiria em outro possível parto, e se recomendaria à outra mulheres.
- 12- Livres comentários de informações importantes e significativas para as entrevistadas.

B- Entrevista semi- estruturada com médico que realiza PD eletivo.

- 1- Formação e atividade profissional.
- 2- História do seu primeiro PD, reação dos médicos daquela época e contexto mundial em relação ao PD.
- 3- Resultados partos realizados: número total, número e tipo de complicações e cesáreas.
- 4- Perfil dos casais que realizam PD.
- 5- Motivação e circunstâncias da primeira consulta e seleção para PD.
- 6- Pré-natal: número, conduta, circunstâncias e constatações importantes para o médico.
- 7- Parto: conduta, circunstâncias, evolução, técnica, materiais, ambiente, precauções, riscos e considerações significativas para o médico.
- 8- Motivos e circunstâncias do traslado à um hospital.
- 9- Vantagens, benefícios e desvantagens do PD.
- 10- Contexto do PD no Brasil e tendência futura.
- 11- Livres comentários de informações importantes e significativas para o médico em relação ao PD.

**TCC
UFSC
SP
0012**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC SP 0012

Autor: Vargas, Haroldo Ev

Título: Relato de experiência do parto d



972808434

Ac. 254091

Ex.1 UFSC BSCCSM