

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Joyce Green Koettker

**PARTO DOMICILIAR PLANEJADO ASSISTIDO POR
PROFISSIONAL QUALIFICADO NAS REGIÕES NORDESTE,
CENTRO-OESTE, SUDESTE E SUL DO BRASIL**

Florianópolis
2016

Joyce Green Koettker

**PARTO DOMICILIAR PLANEJADO ASSISTIDO POR
PROFISSIONAL QUALIFICADO NAS REGIÕES NORDESTE,
CENTRO-OESTE, SUDESTE E SUL DO BRASIL**

Tese de Doutorado apresentada à Banca Examinadora como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-nascido.

Orientadora: Profa. Dra. Odaléa Maria Brüggemann.

Florianópolis
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Koettker, Joyce Green

Parto domiciliar planejado assistido por profissional qualificado nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil / Joyce Green Koettker ; orientador, Odaláa Maria Bruggemann - Florianópolis, SC, 2016.

226 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Parto domiciliar planejado. 3. Profissional qualificado. 4. Enfermagem obstétrica. I. Bruggemann, Odaláa Maria. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

JOYCE GREEN KOETTKER

**PARTO DOMICILIAR PLANEJADO ASSISTIDO POR
PROFISSIONAIS QUALIFICADOS NAS REGIÕES
NORDESTE, CENTRO-OESTE, SUDESTE E SUL DO
BRASIL**

Esta Tese foi julgada adequada para obtenção do Título de “DOUTOR”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Florianópolis, 27 de Junho de 2016

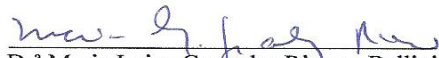


Dr^a Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa


Banca Examinadora




Dr^a Odaléa Maria Brüggemann
Orientadora



Dr^a Maria Luiza Gonzales Riesco Bellini
Membro



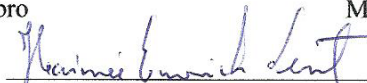
Dr Paulo Fontoura Freitas
Membro



Dr^a Roxana Knobel
Membro



Dr^a Roberta Costa
Membro



Dr^a Haime Emerich Lentz
Membro

A Tito Juliano que me deu o maior presente da minha vida:
nossa filha Marília!

AGRADECIMENTOS

À querida orientadora Odaléa Maria Bruggemann. Mulher maravilhosa, mestre impecável e excelente companheira da minha trajetória acadêmica. Obrigada pela sua brilhante maneira de repassar conhecimento, pela paciência e esplêndida dedicação. Obrigada por me dar asas para voar e chão para aterrissar.

Aos demais membros da banca desde o projeto: Roxana Knobel, Maria Luiza Riesco, Roberta Costa, Haime Hemerich Lentz Martins, Paulo Fontoura Freitas, Evangelina Atherino Kotzias dos Santos, Elisete Navas Sanches Prospero e Eleonora d'Orsi, pelas preciosas contribuições desde a banca de qualificação do projeto à banca de defesa da tese.

Ao meu marido Tito que por muitas vezes teve que lidar com a minha ausência de mãe, esposa, companheira... vai valer a pena meu amor. Obrigada por tudo.

À minha família mãe, pai, Celso, Déa e Gui por me ensinarem a beleza da vida e a me aceitarem como sou. A conseguir ver muito mais as minhas qualidades do que meus defeitos.

À querida Tia Laura, pela precisa, ágil e minuciosa revisão desta tese, pelas horas de aprendizado, paciência e ensinamento.

Ao meu irmão Marcelo que esteve presente em várias etapas dessa tese, só nós sabemos as várias horas que você esteve ao meu lado pessoalmente ou virtualmente, obrigada, foste essencial para meu mar fosse menos turbulento.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e ao apoio financeiro da CAPES, por meio da bolsa de doutorado.

A minha amiga e colega de mestrado e doutorado Cilene Volkman, pelos grandes momentos juntas e pelos acordos para viabilizar minha entrada no doutorado, sou eternamente grata.

Aos colegas do GRUPESMUR, pelo apoio.

A querida Sirlei Moraes por todo suporte na análise dos dados quantitativos.

Às “hanafamílias” que estiveram juntos com a Equipe Hanami, sem as quais a “partolândia” seria um local muito distante e esta grande conquista nunca teria existido. Assim como a todas as grandes mulheres e famílias que acreditam na capacidade parturitiva da mulher.

À querida amiga Vania, que, além de todos os ensinamentos na área obstétrica, incentivou-me a produção científica e a parceria de tantos longos e felizes anos, obrigada amiga.

Às “hanamigas” atuais e “ex-hanamigas”, obrigada pelos ensinamentos, pelo meu constante crescimento profissional e pessoal, vocês me ajudam nesses 10 anos de “hanamiga” a viver melhor viver em sociedade, e a mostrar o que é a beleza do trabalho em Equipe. Obrigada pelo apoio nas horas da minha ausência para finalizar mais esse projeto na minha vida.

Aos diversos profissionais de saúde que primeiramente me incentivaram a realizar este estudo e aos 49 colegas que embarcaram comigo nessa jornada durante esses longos 2 anos, muito obrigada de coração, serei eternamente grata a cada um de vocês. Obrigada especialmente aos 17 profissionais que aceitaram ser entrevistados e que compartilharam as suas histórias, angústias, dificuldade e facilidades próprias de cada categoria profissional e Região estudada.

Às colegas e amigas da Maternidade Carmela Dutra, pela torcida e compreensão nos últimos quatro anos, desculpem a minha ausência. Em especial à Jaqueline de Souza Brasiliense Vieira, pelo apoio em todos os obstáculos, sem você eu não teria conseguido embarcar nessa jornada: filha, marido, casa, trabalho e doutorado...impossível.

À JICA – Japan International Cooperation Association e às *midwives* japonesas, por descortinarem a assistência obstétrica mostrando-me uma nova forma de cuidado.

Às mulheres da minha rede de apoio para que eu pudesse desenvolver esta tese com um pouco mais de tranquilidade: mãe Florence, sogra Neiva, dinda Gisele, mana Déa, Simone e Marizete.

RESUMO

KOETTKER, Joyce Green. Parto domiciliar planejado assistido por profissional qualificado nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil. 2016. 226p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Orientadora: Dra. Odaléa Maria Bruggemann

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido.

INTRODUÇÃO: no Brasil, o parto domiciliar planejado, assistido por profissional qualificado, tem aumentado. **OBJETIVOS:** descrever as práticas obstétricas nos partos domiciliares planejados, assistidos por profissional qualificado, nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil e compreender a experiência desses profissionais.

MÉTODO: estudo de método misto. Na abordagem quantitativa – pesquisa descritiva, os dados foram coletados prospectivamente por meio de um banco *online*, entre dezembro/2014 a novembro/2015, inseridos por 49 profissionais (enfermeiros obstetras, obstetras e médicos). Os dados de 667 mulheres e 665 neonatos (dois excluídos por malformação) foram analisados por estatística descritiva. Na abordagem qualitativa – pesquisa exploratória-descritiva, foram entrevistados 17 profissionais que participaram da abordagem quantitativa, de março a agosto/2015. As entrevistas foram inseridas no programa ATLAS.ti – versão 7 e analisadas pela técnica de Análise de Conteúdo.

RESULTADOS: são apresentados em quatro manuscritos. O **manuscrito 1** mostra que a maioria das mulheres pariu em casa (84,4%); em posição não-litotômica (99,1%); nenhuma foi submetida à episiotomia, sendo que 32,3% permaneceram com períneo íntegro e 37,8% tiveram laceração de 1^o grau. Poucas foram submetidas a intervenções como amniotomia (5,4%), uso de ocitocina (0,4%) e Manobra de Kristeller (0,2%). A taxa de transferência de parturiente foi 15,6%, de puérpera 1,9% e de neonatos 1,6%. A maioria (80,8%) das mulheres com cesárea prévia tiveram parto domiciliar e a taxa de cesárea das parturientes que iniciaram o acompanhamento no domicílio, mas foram transferidas, foi de 9,0%. O **manuscrito 2** aponta as razões que impulsionaram os profissionais a assistir no domicílio nas categorias: Desejo das mulheres pelo parto domiciliar; Apoio e incentivo de colegas; Insatisfação com o modelo obstétrico hospitalar;

Busca pela autonomia, valorização e satisfação profissional; Ter vivenciado o próprio parto no domicílio. O **manuscrito 3** apresenta os aspectos que facilitaram o atendimento no domicílio nas categorias: O domicílio como local ideal para assistência ao parto fisiológico; Realização profissional, flexibilidade e liberdade no contexto domiciliar; Protagonismo da mulher; Atendimento em equipe; Rede de apoio cultural e profissional. O **manuscrito 4** aborda as dificuldades encontradas pelos profissionais diante da transferência materna e neonatal para o hospital. Destaca-se a falta de apoio hospitalar, de um fluxo de transferência, o preconceito e a discriminação dos profissionais no hospital. **CONCLUSÃO:** as práticas obstétricas estão em consonância com as evidências científicas, no entanto ainda são realizadas intervenções. A taxa de cesárea e de transferência materna e neonatal são baixas e a de parto normal após cesárea elevada. A solicitação das mulheres, a insatisfação com o modelo obstétrico hospitalar e a falta de autonomia são algumas das razões para profissionais atenderem nesse local. O apoio de colegas, a liberdade de conduta, o empoderamento da mulher e trabalhar em equipe são aspectos facilitadores. As dificuldades frente a transferência materna e neonatal retarda a decisão do profissional, gera estresse e contribui para que a mulher omita que pretendia parir no domicílio. É necessária a criação de políticas públicas e diretrizes para garantir essa modalidade de atendimento pelo Sistema Único de Saúde, com uma rede de apoio e um sistema de referência estabelecido.

Palavras-chave: Parto domiciliar; Parto humanizado; Enfermagem obstétrica; Pesquisa qualitativa; Estudo observacional.

ABSTRACT

KOETTKER, Joyce Green. Planned home birth assisted by qualified professional in the regions of northeast, midwest, southeast and south of Brazil. 2016. 226p. 2016. 200p. Thesis (Doctorate in Nursing) – Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Advisor: Dra. Odaléa Maria Bruggemann

Research Line: The Nursing Care in the Health of Woman and Newborn

INTRODUCTION: Planned home birth assisted by qualified health professional has grown in Brazil. **OBJECTIVES:** To describe obstetrical practices of planned home birth assisted by qualified professionals in the regions of northeast, midwest, southeast and south of Brazil. So as to comprehend the experiences of these professionals. **METHOD:** It is a mixed method study. In the quantitative approach – descriptive study, data was collected prospectively by an online bank, from December/2014 to November/2015, filled in by 49 professionals (doctors, obstetric nurses and midwives). Data of 667 women and 665 newborns (two excluded due to congenital anomalies) was analyzed by descriptive analyses. In the qualitative approach – descriptive exploratory study, were interviewed 17 professionals who participated in the quantitative approach, from March to August/2015. The interviews were inserted in the ATLAS.ti program – version 7 and analyzed by Content Technique. **RESULTS:** are presented in four manuscripts. **Manuscript 1** shows that most women achieved homebirth (84.4%); on a non-lithotomic position (99.1%); none required an episiotomy; 32.7% remained with an intact perineum and 37.8% had a first degree laceration. Few women were submitted to interventions such as artificial rupture of membranes (5.4%), oxytocin use (0.4%) and Kristeller Maneuver (0.2%). The rate of intrapartum transfer was 15.6%, postpartum 1.9% and transfer of newborns 1.6%. The majority of woman with previous cesarean had achieved home birth (80.8%) and the cesarean rate of woman who commenced care at home, but needed transfer, was 9.0%. **Manuscript 2** outlines in the following categories the reason that motivates professionals to attend home birth: Desire of women for planned home birth; Support of colleagues; Dissatisfaction with obstetrical hospital model; Search for autonomy, appreciation and professional satisfaction; Having experienced a home birth. **Manuscript 3** categorizes the aspects that facilitate care at home: Home as an ideal

place to assist a physiological birth; Professional fulfillment, flexibility and freedom in the home context; Protagonism of the women; Team work; Support by cultural and professional network. **Manuscript 4** reveals the difficulties experienced by professionals who had facilitated a maternal and neonatal transfer to the hospital. Difficulties highlighted include: lack of support by hospital with a flow of transference and preconception and discrimination by hospital professionals. **CONCLUSION:** home birth professional's obstetric practices are in alignment with scientific evidence, although there are few interventions. The rate of maternal and neonatal transfer is low, as is transfer for cesarean section while vaginal birth after cesarean is high. Women's desire for homebirth, dissatisfaction with the obstetric hospital model and lack of autonomy are some of the reasons why professionals choose to assist women to birth at home. The support of colleagues, freedom in the professional's conducts, women's empowerment and teamwork are facilitating aspects. Difficulties in transfers delay the decision of the professional to transfer to hospital, generate stress and contribute to the woman omitting to reveal that she was attempting planned home birth. It is recommended that the Brazilian Health System develops a public policy which supports this model of birth by establishing a system of integrated referral pathways.

Keywords: Home childbirth; Humanizing Delivery; Obstetrical Nursing; Qualitative research; Observational study.

RESUMEN

KOETTKER, Joyce Green. Parto domiciliario planificado asistido por profesional calificado en las regiones noreste, centro oeste, sudeste y sur de Brasil. 2016. 226p. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Asesora: Dra. Odaléa Maria Bruggemann

Línea de Investigación: El Cuidado de Enfermería de Salud de la Mujer y el Recién Nacido.

INTRODUCCIÓN: en Brasil creció el parto domiciliario planificado por profesional calificado. **OBJETIVOS:** describir las prácticas obstétricas en partos domiciliarios planificados, atendidos por profesional calificado, en las regiones Noreste, Centro Oeste, Sudeste y Sur de Brasil y comprender la experiencia de estos profesionales. **MÉTODO:** estudio de método mixto. En el enfoque cuantitativo – investigación descriptiva, los datos se recogieron a través de una base de datos *online*, entre diciembre/2014 a noviembre/2015, alimentada por 49 profesionales (enfermeros obstetras, parteras y médicos). Datos de 667 mujeres y 665 neonatos (dos excluidos por malformación) fueron analizados por estadística descriptiva. En el enfoque cualitativo – estudio exploratorio descriptivo, se entrevistó diecisiete profesionales que participaron del enfoque cuantitativo, de marzo a agosto/2015. Las entrevistas fueron incluidas en el programa ATLAS.ti – versión 7 y analizadas por la técnica de Análisis de Contenido. **RESULTADOS:** Se presentan en cuatro manuscritos. El **manuscrito 1** muestra que la mayoría de las mujeres parió en casa (84,4%); en posición no litotómica (99,1%); ninguna fue sometida a episiotomía, 32,3% permanecieron con el perineo intacto y 37,8% tuvieron laceración de primer grado. Pocas fueron sometidas a intervenciones como amniotomía (5,4%), uso de oxitocina (0,4%) y Manobra Kristeller (0,2%). La tasa de transferencia de parturienta fue de 15,6%, de púerpara 1,9% y de neonatos 1,6%. La mayoría (80,8%) de las mujeres con cesárea previa tuvo parto domiciliario y la tasa de cesárea de las parturientas que iniciaron el acompañamiento en el domicilio, pero fueron transferidas, fue de 9,0%. El **manuscrito 2** revela las razones que llevaron a profesionales a asistir en casa: Deseo de las mujeres por el parto domiciliario; Apoyo e incentivo de colegas; Insatisfacción con el parto hospitalario; Busca por la autonomía, valoración y satisfacción profesional; Haber vivenciado el

próprio parto en el domicilio. El **manuscrito 3** presenta aspectos que facilitaron el cuidado en el domicilio: El hogar como lugar ideal para asistencia al parto fisiológico; Realización profesional, flexibilidad y libertad en el contexto domiciliario; Protagonismo de la mujer; Cuidado en equipo; Red de apoyo cultural y profesional. El **manuscrito 4** aborda las dificultades encontradas por profesionales frente a la transferencia materna y neonatal al hospital. Se destaca la falta de apoyo hospitalario, prejuicio y discriminación de los profesionales del hospital. **CONCLUSIÓN:** las prácticas obstétricas están en consonancia con las evidencias científicas, sin embargo, aún se realizan intervenciones. Son bajas las tasas de cesárea y de transferencia materna y neonatal, y son elevadas las de parto normal tras cesárea. La insatisfacción con el modelo obstétrico hospitalario y la falta de autonomía son algunas de las razones por las cuales profesionales atienden en domicilio. Apoyo de colegas, autonomía en las conductas, empoderamiento de la mujer y trabajar en equipo son aspectos facilitadores. Dificultades frente a la transferencia materna y neonatal retarda la decisión del profesional, genera estrés y contribuye para que la mujer omita que pretendía parir en el domicilio. Se hace necesario la creación de políticas públicas y directrices para garantizar esa modalidad de atendimento por el Sistema Único de Salud, con una red de apoyo y un sistema de referencia establecido.

Palabras clave: Parto domiciliario; Parto humanizado; Enfermería obstétrica; Investigación cualitativa; Estudio observacional

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1a** – Características dos profissionais segundo total de partos atendidos no domicílio, 2015 (N=563)^a 61
- Tabela 1b** – Características sociodemográficas, regionais e obstétricas das mulheres assistidas no domicílio, nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil, 2015 (N= 667)..... 80
- Tabela 2** – Práticas obstétricas no trabalho de parto e parto das mulheres assistidas no domicílio, nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil, 2015 (N = 667) 81
- Tabela 3** – Posições de parto adotadas pelas mulheres que pariram na água e fora da água no domicílio, 2015 (n= 563) 82
- Tabela 4** – Acompanhamento domiciliar de mulheres com cesárea prévia segundo o local e tipo de nascimento, 2015 (n = 104) 82

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Região, categoria profissional, idade, sexo e tempo de atendimento ao parto domiciliar dos profissionais de saúde entrevistados..... 69
- Quadro 2** – Descrição das etapas da Análise de Conteúdo de Bardin de acordo com as ferramentas do programa ATLAS.ti 71

LISTA DE FIGURA

Figura 1 – Regiões e Estados que participaram do estudo e percentual de atendimentos domiciliares por Região do país..... 60

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
2 OBJETIVO	31
3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	33
3.1 O PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: CENÁRIO INTERNACIONAL	35
3.1.1 Resultados maternos e neonatais.....	37
3.1.2 Experiência da mulher e acompanhantes	40
3.1.3 Experiência de profissionais.....	42
3.2 O PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO BRASIL	44
3.2.1 Resultados maternos e neonatais.....	48
3.2.2 Experiência da mulher e acompanhantes	49
3.2.3 Experiência de profissionais.....	53
4 MÉTODO.....	57
4.1 TIPO DE ESTUDO	57
4.1.1 Abordagem quantitativa	58
4.1.2 Abordagem qualitativa	67
4.2 ASPECTOS ÉTICOS	71
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	73
5.1 MANUSCRITO 1 – PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NOS PARTOS DOMICILIARES PLANEJADOS ASSISTIDOS NAS REGIÕES NORDESTE, CENTRO-OESTE, SUDESTE E SUL DO BRASIL.....	74
5.2 MANUSCRITO 2 – POR QUE ALGUNS PROFISSIONAIS DE SAÚDE OPTAM PELA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO DOMICÍLIO?.....	99
5.3 MANUSCRITO 3 – FACILIDADES NO ATENDIMENTO AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO SOB A ÓTICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE	124
5.4 MANUSCRITO 4 – TRANSFERÊNCIA MATERNA E NEONATAL DE PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: DIFICULDADES RELATADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	150

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	171
REFERÊNCIAS	179
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados PESQUISA PARTO DOMICILIAR PLANEJADO.....	201
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com os profissionais	213
APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido – mulheres.....	215
APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido – profissionais.....	219
ANEXO 1 – Parecer substanciado do CEP.....	223

1 INTRODUÇÃO

O domicílio sempre foi uma opção de local parturitivo em vários países desenvolvidos, dentre os quais destacam-se a Holanda (DE JONGE et al., 2014a), a Nova Zelândia (DAVIS et al., 2011), o Reino Unido (BECG, 2011), a Suécia (LINDGREN et al., 2008), a Noruega (BLIX et al., 2012), o Japão (KATAOKA, ETO, LIDA, 2013) e a Austrália (KENNARE et al., 2009; HOMER et al., 2014).

As mulheres que optam por esse tipo de atendimento são as com maior idade, escolaridade ou poder aquisitivo quando comparadas às que optam pela assistência no hospital (CHEYNEY et al., 2014; HOMER et al., 2014; DAVIS et al., 2011; BECG, 2011; CHENG et al., 2013; HIRAZUMI, SUZUKI, 2013; KENNARE et al., 2009, DE JONGE et al., 2009).

Na maioria desses países o parto domiciliar é assistido por *midwife*.¹ Na Holanda, essa profissional presta assistência às mulheres de risco habitual no pré-natal, no parto e no pós-parto, as quais podem escolher o local do parto: domicílio, centro de parto normal (CPN) ou hospital. Se algum fator de risco é constatado durante o acompanhamento, a mulher é transferida para o setor secundário sob a responsabilidade de um médico obstetra (DE JONGE et al., 2009; DE JONGE et al., 2014a).

O atendimento prestado por *midwife* nos diferentes locais parturitivos é associado à menor taxa de intervenções e à maior satisfação da mulher, a Revisão Cochrane conclui que o cuidado prestado por essa profissional deva ser oferecido a todas as mulheres (SANDAL et al., 2015).

Estudos revelam que em PDP há menos intervenções, como indução e condução do trabalho de parto, episiotomia, parto operatório (fórceps e vácuo) e indicação de cesarianas, corioamionite, presença de líquido meconial, necessidade de ventilação e admissão de Recém-Nascido (RN) em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (JONHSON, DAVISS, 2005; OLSEN, CLAUSEN, 2012; DE JONGE et al., 2009; HUTTON, REITSMA, KAUFMAN, 2009; JANSSEN et al., 2009; BLIX et al., 2012; HOMER et al., 2014; DE JONGE et al., 2014a; CHEYNEY et al., 2014). Entretanto, os estudos que apresentam a

¹Nas publicações internacionais o termo *midwife* designa parteira profissional, de nível superior, sendo essa responsável pela assistência à mulher de gestação de risco obstétrico habitual durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

estratificação dos resultados de acordo com a paridade, alguns apontam piores resultados neonatais de primíparas quando comparados aos resultados do ambiente hospitalar (VAN DER KOY et al., 2011; BECG, 2011).

Além dos resultados maternos e neonatais, diversos estudos têm investigado as razões da escolha do parto no domicílio (MAHDI, HABIB, 2010; VAN HAAREN-TEN et al., 2012; MURRAY-DAVIS et al., 2012), a satisfação com a experiência parturitiva para as mulheres que optaram pelo parto nesse contexto (JOHNSON et al., 2007; CHRISTIAENS, BRACKE, 2009; WIEGERS, 2009; DAHLEN et al., 2010; JOUHKI, 2012; CALVETTE et al., 2011) e a compreensão e a percepção dos companheiros das mulheres que optam pelo parto domiciliar (BEDWELL et al., 2011; LINDGREN, ERLANDSSON, 2011; CALVETTE et al., 2011; JOUHKI, SUOMINEN, ASTEDT-KURKI, 2014). Entre os assuntos mais recentes, inclui-se a construção de *guidelines* para assistência ao PDP (COOK; AVERY; FRISVOLD, 2014), conhecer as opiniões de diferentes profissionais de saúde sobre o tema (MCNUTT et al., 2014), e como melhorar a colaboração interprofissional diante da transferência materna ou neonatal para o hospital (VEDAM et al., 2014a).

Diferente da realidade dos países desenvolvidos supracitados, o Brasil é um país de grandes contrastes. Na Região Norte, em especial, existe a assistência prestada pelas parteiras tradicionais às mulheres de baixa escolaridade e que realizam poucas ou nenhuma consulta de pré-natal, tratando-se portando de uma clientela pouco favorecida de educação e poder econômico, na qual o parto domiciliar configura-se como a única forma viável de assistência ao parto e nascimento, haja vista também a distância geográfica entre a casa da gestante e o hospital, no interior dos Estados. Dados do Ministério da Saúde apontam que a maior porcentagem de partos domiciliares é na Região Norte, entre mulheres com nenhuma escolaridade e entre aquelas que não realizaram pré-natal (BRASIL, 2011a).

Voltando para a população de interesse deste estudo, de acordo com Koettker (2010) o Parto Domiciliar Planejado (PDP) é entendido como a assistência prestada à mulher durante a gestação, o parto e puerpério imediato, no ambiente domiciliar, realizado por profissional qualificado e registrado em Conselho de Classe, de livre escolha da mulher. O atendimento segue um protocolo que define as ações a serem desenvolvidas em cada etapa do processo gestacional e parturitivo. Na assistência extra-hospitalar é imprescindível que se garanta uma rede de suporte no caso de necessidade de transferência materna e/ou neonatal.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) são considerados profissionais qualificados para a assistência ao parto os enfermeiros obstetras, as obstetras e os médicos (WHO, 2004).

Frete as peculiaridades encontradas no Brasil desses dois tipos distintos de atendimento ao parto domiciliar, sendo um assistido de forma planejada e por profissional qualificado e outro em decorrência da falta de acesso a esses profissionais e de atendimento institucional, o presente estudo aborda os assuntos relacionados ao parto domiciliar planejado e assistido por profissional de saúde qualificado. Assim, inclui as Regiões nas quais foram identificados esse tipo de atendimento.

Nacionalmente a assistência obstétrica é prestada majoritariamente por médicos (89,0%), e apenas 8,3% por enfermeiros (BRASIL, 2008a). Observa-se um leve aumento do número de partos assistidos por enfermeiras e obstetras (15%), especialmente nas Regiões mais pobres e onde há falta de médicos (LEAL, 2014). A maioria dos partos acontece em ambiente hospitalar, em 2014, dos 2.976.327 nascimentos, 2.929.912 ocorreram no hospital correspondendo a 98,44%, e os partos no domicílio (independentemente do planejamento) foram 20.746, correspondendo a 0,69% (BRASIL, 2016a). Contudo, esses dados não retratam a realidade dessa assistência no Brasil, pois inexistente um registro do número de partos domiciliares com assistência de forma planejada e com profissional qualificado, impossibilitando analisar os resultados desse atendimento.

A maioria dos resultados sobre a assistência ao PDP tem sido divulgada, através de estudos qualitativos ou relatos de experiência que apontam vivências positivas das mulheres, dos acompanhantes e dos profissionais envolvidos (DAVIM, MENEZES, 2001; LESSA, 2003; KRUNO, BONILHA, 2004; CECAGNO, ALMEIDA, 2004; MEDEIROS, SANTOS, SILVA, 2008; NASCIMENTO et al., 2009; FRANK, 2011; FRANK, PELLOSO, 2013; MELO, 2015; COLLAÇO, 2013). Alguns apresentam dificuldades enfrentadas nesse tipo de assistência como por exemplo como é o significado para as mulheres que precisaram ser transferidas do domicílio para o hospital (BURIGO, 2013).

Há uma lacuna acerca dos resultados obstétricos e neonatais, uma vez que apenas quatro estudos quantitativos, com pequenas amostras, descreveram os resultados da assistência ao PDP, assim, inexistem indicadores sobre a assistência ao parto no domicílio realizado de forma planejada (COLACIOPPO et al., 2010; KOETTKER, BRUGGEMANN, DUFLOTH, 2013; KOETTKER et al., 2012; KOETTKER et al., 2015).

Durante o mestrado, analisei os resultados obstétricos e neonatais do atendimento ao PDP por enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami – O Florescer da Vida – Parto Domiciliar Planejado, numa amostra de 100 mulheres. Os achados indicaram bons desfechos obstétricos como a baixa taxa de transferência de parturientes para o hospital (11,0%), verificada somente no primeiro período clínico do parto; baixo índice de intervenções (9,0% de amniotomia e 1,0% de episiotomia); alto escore de Apgar no quinto minuto ≥ 7 (98,9%) e poucas complicações maternas (5,6% de hemorragia no pós-parto) e neonatais, uma vez que não houve indicação de transferência logo após o nascimento e de internação em UTIN. Outros aspectos dessa investigação são relevantes e valem a pena serem destacados como, a livre escolha da posição de parto (66,3% de parto de cócoras na água, 12,4% de cócoras no banquinho, 5,6% na genupeitoral, entre outras), o contato pele-a-pele entre mãe e RN (100,0%), a alta taxa de amamentação na primeira hora de vida (70,8%), reduzida taxa de mecônio (7,0%) e vasta utilização de métodos não-farmacológicos para o alívio da dor (como 59,0% de banho de aspersão, 57,0% de banho de imersão, 53,0% de massagem em região lombosacra, 40,0% do uso da bola e 36,0% de moxa, entre outros). Embora os resultados tenham apresentado uma assistência permeada com baixas intervenções obstétricas e com alta utilização de boas práticas, o pequeno número de mulheres atendidas no período analisado não permitiu verificar associações entre as causas de intercorrência e de transferência, nem afirmar sobre a segurança do parto domiciliar no Brasil (KOETTKER, 2010).

No contexto brasileiro, apesar de inexistir um registro dos profissionais que atendem o PDP, se observa nos Congressos Científicos, na mídia, nas redes sociais e nas notícias veiculadas pela Rede pela Humanização do Nascimento (REHUNA) um aumento progressivo de profissionais e de mulheres que optam pela assistência domiciliar. Assim, torna-se imprescindível a descrição das práticas obstétricas dos partos assistidos no domicílio de forma planejada e com profissional qualificado nas diferentes Regiões do país. Para tanto, é necessário que se obtenha uma amostra maior desse tipo de atendimento que possibilite descrever as práticas realizadas.

Dessa forma, o questionamento inicial desta proposta investigativa foi: quais práticas obstétricas são realizadas na assistência ao parto no ambiente domiciliar?

A partir da identificação dos profissionais criou-se a possibilidade de compreender experiência dos profissionais que assistem ao parto fora das instituições hospitalares e casas de parto, no contexto brasileiro, no

qual essa prática não é reconhecida como integrante do sistema de saúde. Assim, buscou-se ainda responder aos seguintes questionamentos: Quais as razões que impulsionam os profissionais a atenderem ao parto no domicílio e quais as facilidades e dificuldades encontradas nessa prática?

Esta pesquisa poderá proporcionar maior visibilidade acerca desse tipo de atendimento, por meio da divulgação dos achados na comunidade científica, contribuir para fomentar outras investigações nacionais sobre o tema e propiciar discussões no sistema de saúde público e privado.

2 OBJETIVO

Descrever as práticas obstétricas nos partos domiciliares planejados, assistidos por profissional qualificado, nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil e compreender a experiência desses profissionais em prestar assistência no domicílio.

3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Nas últimas décadas, no Brasil, há um crescente movimento em prol do respeito à fisiologia do parto e nascimento e retorno da autonomia das mulheres. O Ministério da Saúde vem trabalhando de forma a promover a assistência obstétrica qualificada e humanizada, assim como ações para diminuição dos nascimentos cirurgicamente. Entre as ações, propõe a mudança do modelo de atenção obstétrica, com a desospitalização do parto e do nascimento de risco habitual (centro de parto normal peri ou intra-hospitalar) com enfermeira obstetra e/ou obstetritz no centro do cuidado. A assistência humanizada é enfatizada pelas políticas públicas nacionais que contemplam diversas ações desenvolvidas desde o pré-natal até o parto e o pós-parto (BRASIL, 2012a).

Apesar de todas as ações e políticas públicas ainda persistem as altas taxas de intervenções na assistência obstétrica, assim como a realização de cesárea, e a baixa qualidade na assistência (LEAL et al., 2014). Assim, na tentativa de fugir da medicalização excessiva e ter seus desejos e crenças respeitados, algumas mulheres procuram ambientes para o parto fora do hospital, como as casas de parto e os seus próprios domicílios (DAVIM, MENEZES, 2001; LESSA, 2003; KRUNO, BONILHA, 2004; SOUZA, 2005, LARGURA, 2006; AZEVEDO, 2008; MEDEIROS, SANTOS, SILVA, 2008; FRANK, 2011; GAUDENZI, ORTEGA, 2012). Para essas mulheres o hospital não representa o melhor ambiente para a realização do parto nos moldes como almejam.

Dessa forma, a sustentação teórica apresentada a seguir, contempla estudos que abordam o retorno do parto domiciliar nos âmbitos internacional e nacional, assim como os resultados advindos dessa assistência e a experiência de mulheres, famílias e de profissionais de saúde que assistem ao parto nesse contexto. Para tanto, foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados: Lilacs e Bdenf, Scielo, Pubmed/Medline, Scopus e Web of Science, nas línguas Português, Inglês e Espanhol, que incluiu as pesquisas publicadas até o ano de 2015, seguindo as estratégias de busca para cada base abaixo:

LILACS e BDEFN

tw:(“Parto Domiciliar” OR “Partos Domiciliares” OR “Parto realizado em casa” OR “Home Childbirth” OR “Home Childbirths” OR

“Parto Domiciliario” OR “parto em casa” OR “Home birth” OR “Home births”) AND (instance:”regional”) AND (db:(“LILACS” OR “BDENF”) AND type:(“article”))

SCIELO

“Parto Domiciliar” OR “Partos Domiciliares” OR “Parto realizado em casa” OR “Home Childbirth” OR “Home Childbirths” OR “Parto Domiciliario” OR “parto em casa” OR “Home birth” OR “Home births”

PubMed/Medline

“Home Childbirth”[Title] OR “home childbirth”[MeSH Terms] OR “Home birth”[Title] OR “Home births”[Title] AND ((Clinical Trial[ptyp] OR Controlled Clinical Trial[ptyp] OR Journal Article[ptyp] OR Review[ptyp] OR systematic[sb] OR Meta-Analysis[ptyp]) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]))

SCOPUS

Pesquisa avançada: TITLE (“Home Childbirth” OR “Home Childbirths” OR “Home birth” OR “Home births”) AND (LIMIT-TO(LANGUAGE,”English”) OR LIMIT-TO(LANGUAGE,”Spanish”) OR LIMIT-TO (LANGUAGE,”Portuguese”))

Web of science

(“Home Childbirth” OR “Home Childbirths” OR “Home birth” OR “Home births”).

A primeira busca nas bases de dados totalizou 4.093 artigos, após ser retirado os estudos duplicados e limitado aos publicados entre 2005 a 2015 reduziu para 1.487 artigos. Após a leitura dos resumos foram excluídos os que não abordavam aspectos relacionados ao objetivo deste estudo, ou seja, partos desassistidos (sem profissional de saúde) de forma planejada, assistidos por parteiras tradicionais ou os que não citaram o profissional que atendeu ao parto e os que incluíram RN prematuros ou com doença congênita, totalizando 901 artigos. A maioria dos artigos selecionados para a leitura foram os que estavam disponíveis em *open access*.

3.1 O PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: CENÁRIO INTERNACIONAL

A prevalência do atendimento ao parto domiciliar planejado pode ser bastante diferenciada de acordo com o país, enquanto que na Holanda 23,0% dos nascimentos ocorrem no domicílio (DAVIS-FLOYD; FABER; DE VRIES, 2013) e na Nova Zelândia 11,3% (DAVIS et al., 2011), em outros países essa apresenta-se de forma bastante reduzida, como na Austrália onde apenas 0,3% são partos domiciliares (HOMER et al., 2014), na Inglaterra 2,8% (BECG, 2011) e no Reino Unido 3,0% (LANCET, 2010). Entretanto há países em que essa taxa cresceu mais de 40% entre 2004 e 2010, como é o caso dos Estados Unidos (MACDORMAN; DECLERQ; MATHEWS, 2013).

A OMS e a Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras (FIGO) respeitam o direito de escolha da mulher quanto ao local do parto e nascimento. A OMS reconhece como profissionais qualificados para assistência ao parto os enfermeiros obstetras, as obstetras e os médicos, refere que as mulheres que optam pelo parto no contexto domiciliar devam ser gestantes de risco obstétrico gestacional habitual, que recebam o cuidado desses profissionais e que tenham fácil acesso para uma unidade hospitalar na necessidade de transferência (WHO, 2004). A FIGO recomenda que a mulher deve dar à luz onde ela sinta segurança e no nível mais periférico, podendo ser o seu domicílio (FIGO, 1992). Enquanto que o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG) considera centros de parto normal e hospitais mais seguros, inclusive refere que o parto domiciliar está associado a um risco de duas a três vezes maior de morte neonatal. A recomendação é de que essa assistência seja realizada por enfermeiros obstetras, obstetras e médicos, e que tenham pronto acesso a transporte e hospital de referência (ACOG, 2011).

Em relação aos protocolos de inserção de mulheres para o atendimento ao PDP a maioria inclui gestação considerada de risco habitual, isto é ausência de morbidades, gestação de feto único em apresentação cefálica, com desencadeamento de trabalho de parto espontâneo de idade gestacional entre 37 a 42 semanas.

Como o PDP na Holanda tem a maior prevalência quando comparado a outros países, é esperado que os protocolos de referência sejam aprimorados ao longo dos anos, assim cada vez mais inclui-se outras complicações nas gestações que restringem o atendimento da *midwife* e do PDP. Como consequência, nesse país é crescente o parto

institucional, as intervenções obstétricas e as taxas de cesárea (AMELINK-VERBURG; BUITENDIJK, 2010).

Na Nova Zelândia os profissionais responsáveis pelo atendimento desde o pré-natal sustentam suas atribuições mediante manuais que contém listas para as situações de transferência, e que conceituam a gestação de risco habitual, na qual inclui: não ter tido cesárea prévia e/ou hemorragia pós-parto prévia, no dia do parto a idade gestacional ser entre 37 e 42 semanas, e o feto estar em apresentação cefálica (DAVIS et al, 2011).

Nos Estados Unidos, a Academia Americana de Pediatria em 2013 e o ACOG em 2011 apresentaram documentos na qual recomendam que os partos assistidos em domicílio sejam de gestações com ausência de doenças maternas prévias ou gestacional, de feto único em apresentação cefálica e idade gestacional de 37 a 41 semanas. Sendo mulheres com cesárea prévia contraindicação absoluta para PDP e atendimento por *midwives* não-certificadas (ACOG, 2011; AAP, 2013).

No Japão as mulheres que optam pelo PDP devem ser consideradas de risco obstétrico habitual, não podem ter tido cesárea prévia, lesão de esfíncter anal, hemorragia e remoção manual da placenta. Além desses, no momento do parto devem atentar para que o período expulsivo não ultrapasse 2 horas, não ter mecônio espesso, e ruptura prolongada das membranas (mais de 24 horas) (HIRAIZUMI; SUZUKI, 2013).

O estudo de Cook, Avery e Frisvold (2014) ao analisar diferentes protocolos sobre o atendimento ao PDP em países como a Austrália, Canadá, Nova Zelândia, Países Baixos e Reino Unido, apresenta diferenças para a inclusão de mulheres entre os países, como por exemplo mulheres com gestação gemelar, fetos em apresentação pélvica e cesárea prévia, entretanto todos concordam que a gestação deva ser a termo e que o sistema de saúde deva oferecer transporte em caso de complicação.

O estudo de Vedam e colaboradores (2014a) além de relatar os protocolos de inserção de mulheres para o PDP, apresenta uma discussão sobre como aprimorar a segurança materna e neonatal através da colaboração interprofissional no momento da transferência.

Dessa forma, no contexto internacional, podemos observar a existência de diferentes protocolos para inclusão de mulheres na escolha do PDP, sendo imprescindível que a gestação seja a termo.

3.1.1 Resultados maternos e neonatais

Existe dúvida sobre os resultados perinatais das mulheres que optaram pelo PDP, uma vez que alguns estudos apontaram piores resultados no domicílio quando comparados aos resultados da assistência no hospital (WAX et al, 2010, KENNARE et al., 2009), outro refere os resultados são piores quando se trata do atendimento de primíparas (BECG, 2011) e outro relata que em situações específicas, que surgem no momento do nascimento, como por exemplo se o RN é classificado como pequeno para a idade gestacional ou quando recebe baixo escore de Apgar (<7 no 5^o minuto de vida), podem aumentar a mortalidade neonatal (VAN DER KOOY et al., 2011).

Estudo de revisão encontrou muitos desafios ao analisar o rigor metodológico nos estudos de coorte, no que tange os resultados neonatais. Concluiu que quando se inclui somente partos de mulheres consideradas de risco obstétrico habitual e atendido por profissional qualificado não há diferença de resultado na morbidade neonatal (Apgar e internação em UTIN). Ressalta que é necessário identificar o profissional que atendeu o parto e especificar o nível de risco gestacional, uniformizar a coleta de dados e minimizar a perda de informações (ELDER; ALIO; FISCHER, 2016).

Em contrapartida, os estudos revelam que em PDP há menos intervenções, como indução e condução do trabalho de parto, episiotomia, parto operatório (fórceps e vácuo) e indicação de cesarianas, corioamnite, líquido meconial, necessidade de ventilação e admissão de RN em UTIN (JONHSON, DAVISS, 2005; OLSEN, CLAUSEN, 2012; DE JONGE et al., 2009; HUTTON, REITSMA, KAUFMAN, 2009; JANSSEN et al., 2009; MCINTYRE, 2012; DE JONGE et al., 2014a; CHEYNEY et al., 2014; HOMER et al., 2014).

Além disso, revisão sistemática publicada em 2014 constata que a taxa de transferência materna para o hospital durante o período intra ou pós-parto é baixa, variando de 9,9% a 31,9%, sendo mais frequente no primeiro período clínico do parto e nas primíparas (BLIX et al., 2014).

Estudo de coorte, realizado nos Países Baixos, único país que oferece dados suficientes para demonstrar diferenças potenciais nos resultados entre domicílio e hospital, que acompanhou por sete anos mulheres com gestação de risco habitual, teve como objetivo comparar a segurança do parto no domicílio e no hospital. A amostra abrangeu 529.688 mulheres de gestação de risco habitual, das quais 60,7% planejaram o parto em casa, 30,8% planejaram o parto no hospital, e

8,5% delas não haviam escolhido o local do parto. Os resultados mostraram que as mulheres que optaram pelo parto no domicílio tinham idade ≥ 25 anos, eram de origem holandesa, possuíam status socioeconômico médio ou alto, em sua maioria eram multíparas e pariram mais frequentemente com 41 semanas, quando comparadas com as mulheres que tiveram parto hospitalar em torno de 37 semanas de gestação. O estudo revelou que o parto domiciliar não eleva os riscos de mortalidade e morbidade perinatal (morte intraparto, morte neonatal intraparto ou nas primeiras 24 horas ou em até 7 dias após o nascimento) e de encaminhamento de RN para a UTIN. A investigação afirma que o PDP é uma opção segura, desde que assistido por profissional bem treinado e com acesso rápido e integrado na necessidade de transferência (DE JONGE et al., 2009). Resultados semelhantes foram encontrados em outros países, como nos Estados Unidos e no Canadá, países em que a assistência domiciliar não é bem integrada ao sistema de saúde (JANSSEN et al., 2009; JONHSON, DAVISS, 2005).

Estudo prospectivo, conduzido na Inglaterra, apontou que os resultados neonatais de mulheres primíparas atendidas no domicílio são piores do que os das multíparas (BECG, 2011). De Jonge e colaboradores (2014a) realizaram nova pesquisa, uma vez que a primeira conforme anteriormente citado foi em 2009, ampliando o período de coleta de dados para 10 anos e o acompanhamento dos RN até 28º dia de vida, totalizando 743.070 mulheres e reafirmaram que não há aumento de risco adverso nos RN, independente da paridade, e nas mulheres que planejam o parto no domicílio comparado com os do hospital, entretanto comentam que esses resultados podem representar a boa assistência integrada que é praticada na Holanda (DE JONGE et al., 2014a).

Os resultados neonatais são avaliados na maioria das pesquisas. De acordo com Van Der Kooy et al. (2011) os escores de Apgar dos RNs são melhores no domicílio quando comparados com os dos nascidos no hospital. Janssen e colaboradores (2009) afirmam que embora os RN no domicílio tenham menores chances de apresentar aspiração de mecônio, não havendo diferença no Apgar de 5º minuto, a taxa de internação em UTIN é maior. O estudo de Kennare e colaboradores (2009), realizado na Austrália, com todos os nascimentos e mortes perinatais no período de 1991 a 2006 mostrou que 0,38% dos 300.011 nascimentos ocorreram no domicílio, e que a chance de morte intraparto (razão de chance é de 7,42, 95% CI, 1.53-35.87), de morte decorrente de asfixia (razão de chance de 26,69, 95% CI, 8.02-88.83) foram maiores no domicílio, porém, o estudo identificou a inclusão de

mulheres com fatores de risco para o parto domiciliar e inadequada monitorização do bem-estar fetal durante o trabalho de parto. Os autores sugerem que a segurança perinatal pode ser melhorada com rigoroso protocolo de inclusão de mulheres para o parto domiciliar, menor tempo utilizado em transferência e melhor monitoramento do bem-estar fetal no trabalho de parto (KENNARE et al., 2009). Estudo conduzido na Islândia encontrou que embora os escores de Apgar sejam os mesmos (domicílio versus hospital), a taxa de internação em UTIN foi maior nos RN nascidos no domicílio, contudo a pequena amostra não tem poder para verificar diferença significativa (HALFDANSDOTTIR et al., 2015)

A taxa de transferência do RN, apontada em diversos estudos, também é baixa, variando entre 0,7% a 1,5% (JOHNSON, DAVISS, 2005; AMELINK-VERBURG et al., 2008; DECLERQ et al., 2008; MCMURTRIE et al., 2009; WAX et al., 2010; CHEYNEY et al., 2014), assim como a taxa de RN que internaram em UTIN que foi de 0,6 a 3,0% (CHENG et al., 2013; CATLING-PAUL et al., 2013). Entretanto, em estudo conduzido na Islândia encontrou maior taxa de internação em UTIN, atingindo 7,2% dos neonatos nascidos no domicílio (HALFDANSDOTTIR et al., 2015) O maior estudo que retrata os resultados maternos e neonatais com o acompanhamento dos RN até 28 dias após o nascimento, encontrou taxa de internação em UTIN de 1,36% para as multíparas e de 3,41% para as primíparas (DE JONGE et al., 2014a). Entretanto, outro estudo apresentou uma porcentagem mais elevada, sendo que 3,4% dos RN precisaram de cuidados especializados, não especificando se em todos os casos houve a necessidade de transferência ou se os cuidados especializados foram realizados no próprio domicílio (KENNARE et al., 2009).

Contrariando a maioria dos estudos publicados, o de Wax e colaboradores (2010) revela que embora as intervenções obstétricas sejam menos frequentes em casa, e apresentem melhores desfechos neonatais como menor taxa de prematuridade, baixo peso ao nascer e menor necessidade de ventilação assistida, entretanto a mortalidade neonatal é três vezes mais alta no domicílio quando comparada com a do hospital. Contudo, outros estudos questionam o rigor metodológico do estudo de Wax e colaboradores, pois apresenta vieses (KEIRSE 2010; MICHAEL et al., 2011; SANDALL, BEWLEY, NEWBURN, 2011). Como se trata de uma revisão de literatura, um dos questionamentos é a não-utilização de diretrizes estabelecidas internacionalmente para condução e publicação de metanálise, como o PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) ou o

MOOSE (Meta-Analyses and Systematic Reviews of Observational Studies), que pode gerar resultados equivocados.

Revisão sistemática, que abrangeu 22 grandes estudos internacionais, concluiu que mulheres de risco habitual, assistidas em casas de parto ou no domicílio por *midwives*, são submetidas a menor número de intervenções obstétricas, apresentam maior chance de ter parto normal do que mulheres de risco habitual que optam pelo parto hospitalar, sendo que não houve diferença na mortalidade perinatal. O estudo reforça a importância do treinamento dos profissionais para a identificação e o pronto tratamento de eventuais complicações que possam surgir no período intraparto (MCINTYRE, 2012).

A opção do parto domiciliar planejado, atendido por profissional qualificado, na maioria dos países desenvolvidos apresenta-se em ascensão, assim como a controvérsia quanto a sua segurança, principalmente em se tratando dos resultados neonatais das primíparas, nos quais, em situações específicas, são piores quando comparados aos do hospital.

3.1.2 Experiência da mulher e acompanhantes

Além dos estudos quantitativos que revelam os resultados maternos e neonatais advindos dessa prática, diversos de abordagem qualitativa com diferentes objetivos têm sido publicados.

A mulher escolhe o parto no domicílio a fim de participar das decisões acerca todo trabalho de parto e parto, que é visto como natural e fisiológico, ser a protagonista do seu processo e ter autonomia. Além disso, as mulheres que já tiveram uma experiência parturitiva prévia optam por parir num outro ambiente onde são oferecidos alguns benefícios como privacidade, apoio social, possibilidade de escolher o profissional que prestará a assistência e inclusão da presença dos outros filhos e, especialmente, vivenciarem plenamente o empoderamento feminino no processo parturitivo (MAHDI, HABIB, 2010; JOUHKI, 2012; MURRAY-DAVIS et al., 2012).

As mulheres que optam por esse local de parto representam uma clientela mais motivada pelo desejo de ter autonomia em ambiente natural, enquanto que as que optam pelo ambiente hospitalar referem encontrar maior segurança e crença de que os médicos possam controlar os riscos (VAN HAAREN-TEN et al., 2012; MILLER, SHRIVER, 2012). Entretanto se deparam com obstáculos, relatam que a sua decisão

foi questionada, vista com temor, como se tratasse de um caso de vida ou morte, sendo julgadas como irresponsáveis, e, assim, forçadas a mudar de ideia (SJOBLOM et al., 2012).

Durante a gestação existe a preparação das mulheres para a vivência do parto domiciliar. Assim, nesse período acontece o amadurecimento da sua confiança, é feito o planejamento de como será o suporte no dia e as decisões relacionadas ao trabalho de parto e parto (LOTHIAN, 2010). As mulheres sabem os riscos que envolvem o parto domiciliar, que pode incluir situações difíceis, e em alguns casos a distância entre o domicílio e o hospital pode vir a ser um problema, mas não gostam de conversar sobre isso (LINDGREN et al., 2010).

Na gestação os companheiros geralmente contribuem para a tomada de decisão, sendo que as suas motivações estão ligadas às suas crenças e ao sentimento de que precisam proteger a mulher (BEDWELL et al., 2011).

Quando questionados após o parto, os companheiros das mulheres que pariram no domicílio, relataram o seu envolvimento na responsabilidade, no suporte e na participação no processo parturitivo, cuja experiência uniu mais os membros da família e foi empoderadora (LINDGREN, ERLANDSSON, 2011; JOUKI, SUOMINEN, ASTEDT-KURKI, 2014).

É destaque nos estudos a satisfação das mulheres com a experiência parturitiva no domicílio, uma vez que nesse local sentem-se empoderadas, no controle do seu processo parturitivo e satisfeitas com a qualidade do serviço prestado, especialmente quando foram atendidas no parto pela *midwife* que acompanhava o pré-natal (JOHNSON et al., 2007; JANSSEN, HENDERSON, VEDAM, 2009; CHRISTIAENS, BRACKE, 2009; WIEGERS, 2009; DAHLEN et al., 2010; JOUKI, 2012).

Estudo que investigou as razões pelas quais as mulheres não aceitam estudos randomizados para alocá-las em diferentes locais de parto chegou à conclusão de que as mulheres querem ter autonomia para escolher o melhor local de parto, decisão essa que foi tomada antes das 12 semanas, idade gestacional na qual foram questionadas (HENDRIX et al., 2009).

Mesmo sabendo das altas taxas de transferência, as mulheres escolhem parir no domicílio. Pesquisa sobre satisfação da mulher com o processo parturitivo aponta que uma transferência do domicílio para o hospital afeta negativamente tal sentimento, principalmente em decorrência do tratamento inadequado recebido pelos profissionais do hospital (LINDGREN; RÅDESTAD; HILDINGSSON, 2011).

De uma forma geral, as mulheres buscam o parto no ambiente domiciliar para que tenham autonomia e poder de decisão nas condutas realizadas no trabalho de parto e parto. No domicílio a mulher tem a possibilidade de ter mais privacidade e a inclusão de outros acompanhantes, como os outros filhos. No entanto, a opção pelo PDP pode ser questionada pelas pessoas de sua rede social que inclusive tentam desmotivá-la quanto a realização do parto nesse local. Os companheiros participam na tomada de decisão e também das atividades no dia do trabalho de parto e parto. As mulheres sentem-se mais satisfeitas no atendimento domiciliar quando comparadas ao hospitalar e quando precisam ser transferidas relatam que o sentimento negativo está relacionado ao atendimento recebido no hospital.

3.1.3 Experiência de profissionais

Além dos estudos qualitativos que desvelam os aspectos relacionados com o atendimento ao parto no domicílio sob a ótica das mulheres e seus companheiros, outros estudos investigam a experiência dos profissionais.

É fato que existe uma dicotomia de opinião sobre a temática do parto domiciliar entre as diferentes categorias profissionais. Assim, diversos estudos estão sendo publicados. O estudo de Vedam, Aaker e Stoll (2010) desenvolveu uma escala com o objetivo de medir as atitudes positivas e negativas dos profissionais em relação ao assunto. Outros estudos criam ou apresentam protocolos e guias em diferentes países, nos quais incluem os aspectos positivos dessa formulação como o aprimoramento interprofissional no momento da transferência (COOK, AVERY, FRISVOLD, 2014; LINDGREN et al., 2014).

Quanto aos estudos que avaliaram as opiniões, atitudes e conflitos sobre o parto domiciliar entre as diferentes categorias profissionais, de uma forma geral, as *midwives* são as que apresentam opiniões mais positivas e apoiam a expansão do parto domiciliar, enquanto que os ginecologistas e obstetras têm uma opinião mais neutra, e os neonatologistas são os que menos apoiam ou que têm opinião mais contrária em relação a esse local de parto. Analisando os diferentes estudos, observa-se que as percepções mais positivas dos profissionais estão relacionadas ao maior tempo que os profissionais participam no PDP, considerando a graduação e a sua prática. Diante disso, alguns estudos discutem sobre o tempo e o conteúdo que cada profissional

dispõe durante a sua formação acerca do parto domiciliar. Entretanto, todos os profissionais investigados acreditam que a formulação da sua opinião, sendo ela positiva ou negativa, em relação à temática, é baseada em evidência científica. Os profissionais concordam que as mulheres devam ter a opção de escolher o local parturitivo e que se o governo apoiar terão menos partos desassistidos. As opiniões negativas estão ligadas às situações adversas que podem acontecer até no momento do parto, e sobre o tempo de transferência, que é importante para o prognóstico da mulher e do neonato (VEDAM et al., 2012; HOANG et al., 2013; MCNUTT et al., 2014; VEDAM et al., 2014b; VEDAM et al., 2014c).

Entre as barreiras que os profissionais enfrentam para o atendimento no domicílio destacam-se o retorno financeiro, a disponibilidade de tempo, a dificuldade para encaminhar as gestantes para consultas médicas, e o preconceito de profissionais da área da saúde (VEDAM et al., 2009).

Em estudo realizado na Irlanda, as *midwives*, relatam que apesar de terem autonomia e de amarem o que fazem, não são bem remuneradas. Além disso, a sugestão para que haja uma segunda profissional no momento do parto pode inviabilizar concretamente a assistência no domicílio, no entanto, existe uma demanda de mulheres, mas poucos profissionais dispostos para atender nesse local. Assim, sentem-se isoladas e pouco apoiadas, além da sensação de competição. Nesse país os profissionais guiam-se por *guidelines* de atendimento, em contrapartida, se realizam um atendimento que não está amparado nesse protocolo, acabam respondendo sozinhas pelos seus atos, sem apoio de Órgão de Classe. Ademais os profissionais deste país referem falta de integração entre o hospital e o domicílio (OBOYLE, 2013).

No que tange as dificuldades referentes às transferências, é importante frisar que apesar de opiniões individuais, existe um consenso de que é imprescindível melhorar a colaboração interprofissional, de forma que a transferência seja realizada através de um sistema integrado, garantindo ao profissional, que assiste à mulher no domicílio, participar da transferência e poder permanecer com a mulher dentro da instituição até ela se sentir segura. Os estudos concluem que a escolha de local de parto deve ser respeitada e não vista como uma escolha dicotômica (DE JONGE et al., 2014b; VEDAM et al., 2014a). O estudo de De Jonge e colaboradores (2014b) relatou que, apesar de não esperado, a atitude das *midwives* que prestavam assistência no domicílio

e que permaneceram no hospital até o parto foi enaltecida pelas mulheres.

É fato que existe uma dicotomia de opiniões acerca do parto domiciliar entre os diferentes profissionais de saúde. A maioria dos neonatologistas e pediatras são contrários, os ginecologistas e obstetras são neutros e as *midwives* são mais favoráveis, no entanto todos afirmam que baseiam suas opiniões em evidência científica. Os profissionais acreditam que é importante que haja colaboração profissional no momento da transferência, já que esse é um dos obstáculos apontados nesse atendimento.

3.2 O PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO BRASIL

Assim como na maior parte dos países, no Brasil a maioria dos partos acontece em ambiente hospitalar, uma vez que em 2014, 98,4% dos nascimentos ocorreram em âmbito hospitalar e menos de 1,0% no domicílio (independentemente do planejamento) (BRASIL, 2016a). Nacionalmente, a assistência obstétrica é prestada majoritariamente por médicos (89,0%) (BRASIL, 2008a). Pesquisa mais recente, publicada através da Pesquisa Nascer no Brasil, aponta que 15% dos partos foram atendidos por enfermeiros obstetras e/ou obstetras e que nesses partos as boas práticas foram utilizadas com mais frequência (LEAL et al., 2014).

Nesse cenário hospitalar de assistência obstétrica, o Ministério da Saúde tem elaborado diversos programas e estratégias com ações que incentivam a humanização na assistência obstétrica, que buscam oferecer à mulher a autonomia e o retorno do seu protagonismo parturitivo, a reinserção da família nesse processo, a diminuição das intervenções desnecessárias no trabalho de parto/parto, e as altas taxas de cesárea. Também têm investido na inclusão de profissionais não-médicos na assistência ao parto, com o financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e pagamento de parto realizado por enfermeiro. Além de realizar campanhas, seminários, viabilizar a publicação de manuais e a distribuição de vídeos e oferecer prêmios para as maternidades que buscam a humanização da assistência obstétrica (Maternidade Segura e Prêmio Professor Galba de Araújo) e promover a implantação dos CPN. Mais recentemente, o Ministério da Saúde instituiu ainda, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha, na qual propõe que a assistência de parto e nascimento

seja realizada em CPN peri ou intra-hospitalar com o cuidado centrado pela enfermeira obstetra e/ou obstetrix (BRASIL, 2012a).

Entretanto, essas ações e programas não incluem estratégias para que a mulher possa optar pelo parto no ambiente domiciliar atendido por profissional qualificado e de forma planejada e contar com um sistema formalizado de suporte hospitalar caso a mulher e/ou RN necessitem de transferência, ou ainda garantir que esse atendimento seja custeado com recursos públicos.

A primeira referência, na qual o Ministério da Saúde aborda o tema do parto no domicílio, faz parte da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, divulgada em janeiro de 2016, na qual cita algumas recomendações referentes ao local do parto:

4. Informar a todas as gestantes que a assistência ao parto no domicílio não faz parte das políticas públicas no país e não é coberto pela saúde complementar.

5. Informar às nulíparas de baixo risco de complicações que o planejamento do parto no domicílio não é recomendado tendo em vista o maior risco de complicações para a criança. Informar também que as evidências são oriundas de outros países e não necessariamente aplicáveis no Brasil.

6. Informar às múltiparas de baixo risco de complicações que, tendo em vista o contexto brasileiro, o parto domiciliar não está disponível no sistema de saúde, por isso não há como recomendar. No entanto, não se deve desencorajar o planejamento do parto no domicílio, desde que atenda o item 8² (BRASIL, 2016b, p. 28).

Através de discussões, na participação em eventos científicos da área e por meio de resultados de estudos, percebe-se que é crescente o número de profissionais que atendem ao parto no domicílio de forma planejada (MARTINS, ALMEIDA, MATTOS, 2012; FEYER, 2012; KOETTKER et al., 2012; COLACIOPPO et al, 2010, RATTNER, 2009; SOUZA, 2005; FRANK, PELLOSO, 2013; SANFELICE et al., 2014, SANFELICE, SHIMO, 2014; KOETTKER et al., 2015; LESSA et al., 2014a; MATTOS, VANDENBERGHE, MARTINS, 2014; FEYER,

² Item 8: “Assegurar que todas as mulheres que optarem pelo planejamento do parto fora do hospital tenham acesso em tempo hábil e oportuno a uma maternidade, se houver necessidade de transferência” (BRASIL, 2016b, p. 29).

MONTICELLI, KNOBEL, 2013; BURIGO, 2013; COLLAÇO, 2013; MELO, 2015).

O documento oficial brasileiro confirma que nacionalmente embora o PDP não seja um componente da política oficial governamental, algumas mulheres, principalmente nas grandes capitais do país, têm optado pelo parto no domicílio, geralmente assistidas por enfermeiras obstétricas e eventualmente por médicos (BRASIL, 2016b).

Em geral, o atendimento é realizado por equipes, no caso de Porto Alegre, a equipe é multidisciplinar, formada por um médico, uma enfermeira obstétrica e uma doula (KRUNO; BONILHA, 2004); já no Rio de Janeiro, assim como nas cidades de São Paulo, Florianópolis, Cascavel e Campinas a equipe é formada majoritariamente por enfermeiras obstétricas (MEDEIROS, SANTOS, SILVA, 2008; COLACIOPPO et al., 2010; KOETTKER et al., 2012; FRANK, PELLOSO, 2013; SANFELICE et al., 2014).

É fato que no Brasil a questão sobre o PDP ainda é bastante polêmica, na qual há uma dicotomia de opinião entre médicos e enfermeiras obstétricas e obstetrizes (denominadas de “parteiras” pelo autor) e afirma que o Brasil não oferece condições adequadas para esse tipo de local parturitivo, não por incompetência profissional, mas sim por falhas no sistema de saúde (CUNHA, 2012).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) desaconselha, desde 2012, o parto fora do ambiente hospitalar, o mesmo baseia sua recomendação em estudos científicos na qual apresenta que existe mais segurança no ambiente hospitalar (CFM, 2012).

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) embora afirme que o parto domiciliar seja um direito de escolha da mulher, considera que o ambiente hospitalar é mais seguro, já que no parto domiciliar existe duas vezes mais risco de morte neonatal (FEBRASGO, 2016).

De uma forma geral, os estudos que envolvem a temática do PDP fazem uma crítica ao modelo obstétrico brasileiro, hospitalocêntrico e intervencionista, e alguns apontam uma lacuna no conhecimento sobre a atuação de profissionais da saúde qualificados nesse contexto, assim como as facilidades e dificuldades enfrentadas nesse “novo” cenário (FEYER et al., 2013; FRANK, PELLOSO, 2013; FEYER, MONTICELLI, KNOBEL, 2013; SANFELICE et al., 2014; MATTOS, VANDENBERGHE, MARTINS, 2014; KOETTKER et al., 2015).

Assim, uma discussão acerca das políticas públicas no sentido de viabilizar o atendimento ao parto domiciliar pelo SUS torna-se iminente, uma vez que a atuação de profissionais de saúde e a procura de mulheres

por esse ambiente para o parto são crescentes. Dessa maneira, poderia se evitar ou reduzir o número de mulheres que, por falta de assistência pública e de condições financeiras, optam pelo parto domiciliar desassistido, ou atendido por profissionais sem qualificação e/ou sem legalidade para atender nesse local, o que pode gerar resultados negativos à mulher e ao neonato.

No Brasil não existe um protocolo consolidado como uma diretriz nacional para a assistência do parto no domicílio. Assim, cada profissional ou equipe de saúde que realiza esse tipo de atendimento elabora um protocolo diferenciado para a inclusão de mulheres para o atendimento ao PDP. De maneira geral os profissionais atendem mulheres consideradas de risco obstétrico habitual, com gestação única, feto em apresentação cefálica e idade gestacional entre 37 semanas até 42 semanas.

O estudo de Frank e Pelloso (2013) escreve que a segurança, no ambiente domiciliar, está relacionada ao planejamento, inserção de mulheres de risco obstétrico habitual, avaliação adequada do trabalho de parto, parto e pós-parto, possuir materiais para intercorrências e contar com rede para o encaminhamento.

A equipe Hanami, atende mulheres de risco obstétrico habitual e que faz uma triagem mediante um rígido protocolo de inserção, sendo o acompanhamento é realizado desde o pré-natal até o 10º dia de pós-parto (KOETTKER et al., 2012). Além disso atende mulheres com cesárea prévia, ocorrida há pelo menos 2 anos (KOETTKER; BRUGGEMANN; DUFLOTH, 2013). A equipe utiliza o Termo de Compromisso e de Consentimento Livre e Esclarecido que é entregue para as gestantes durante o pré-natal e, possui, de forma sintetizada, o protocolo de inserção de mulheres para o PDP como sendo: Gestação única, idade gestacional maior ou igual a 37 semanas e menor do que 42 semanas, feto em apresentação cefálica. Além disso, as mulheres devem ter realizado no mínimo 6 consultas de pré-natal e exames nos três trimestres para confirmação de gestação de risco habitual (COLLAÇO, 2013).

O Estudo de Colacioppo e colaboradores (2010) inclui de forma reduzida o protocolo utilizado pela equipe Primaluz Parteias Contemporâneas, que inclui mulheres para o atendimento domiciliar somente as consideradas de risco habitual, com avaliação das condições clínico-obstétricas na gestação e no parto, de gestação única, com apresentação cefálica e idade gestacional maior do que 37 semanas e ausência de intercorrências.

3.2.1 Resultados maternos e neonatais

São escassos os artigos que apresentam os desfechos obstétricos e neonatais dos partos domiciliares assistidos no Brasil, de forma planejada, por profissional qualificado, uma vez que poucos artigos, com pequenas amostras, foram publicados (COLACIOPPO et al., 2010; KOETTKER, BRUGGEMANN, DUFLOTH, 2013; KOETTKER et al., 2012; KOETTKER et al., 2015).

De uma forma geral, os resultados desses estudos apontam que as mulheres que escolhem o parto domiciliar são em sua maioria primíparas, com alta escolaridade, com idade mais avançada (maioria superior a 30 anos) e realizam seis ou mais consultas de pré-natal (80%). Em relação à assistência no trabalho de parto descreve a baixa taxa de intervenções como episiotomia (0% a 1,1%), amniotomia (8%) e realização de cesárea nas mulheres transferidas para o hospital (5,7% a 9%). As mulheres apresentaram alta taxa de períneo íntegro ou de laceração sem necessidade de sutura (49,4% a 57,5%), e baixa de transferência materna (11% a 20,0%). As principais causas de encaminhamento materno foram a parada de progressão fetal, da dilatação cervical e a desproporção cefalopélvica, além de por solicitação da mulher e/ou da família. As mulheres, quando transferidas, preferiram ser atendidas em hospitais privados e chamaram os médicos previamente conhecidos no pré-natal. As intercorrências no pós-parto foram reduzidas, a exemplo da hemorragia (3,7% nas múltíparas e 6,1% nas primíparas sem diferença significativa), sendo que a maioria não necessitou de medicação no pós-parto (83,1%) (COLLACIOPPO et al., 2010; KOETTKER, 2010; KOETTKER et al., 2012; KOETTKER, BRUGGEMANN, DUFLOTH, 2013; KOETTKER et al., 2015).

Além desses aspectos, o estudo de Koettker e colaboradores que apresentou uma alta taxa de parto normal (55%) em mulheres com cesárea prévia (KOETTKER et al., 2012).

Quanto aos resultados em relação à paridade, um dos estudos apontou que existem poucas diferenças significativas entre as primíparas e múltíparas. O tempo transcorrido entre a primeira avaliação e o parto foi menor nas múltíparas. As primíparas possuíam idade menor, o banho terapêutico de chuveiro, o banho de imersão e a utilização da bola foram os métodos não-farmacológicos de alívio da dor mais utilizados por elas, além de optarem mais pelo parto vertical na água em comparação com as múltíparas (KOETTKER et al., 2015).

Os RN receberam alto escore de Apgar no 1° e 5° minuto de vida (≥ 7) (98,9% a 100%) e tiveram baixa taxa de transferências (1,1% a 1,8%). Esses resultados podem estar ligados a alguns fatores como a integridade da bolsa amniótica, a permanência da normalidade dos batimentos cardíacos do feto (94%), a cor límpida do líquido amniótico (93%) e o respeito ao trabalho de parto fisiológico (COLACIOPPO et al., 2010; KOETTKER et al., 2012).

Importante salientar que esses estudos além de terem sido conduzidos com uma população diferenciada, foram realizados com coleta retrospectiva dos dados e com amostra bastante reduzida (COLACIOPPO et al., 2010; KOETTKER, BRUGGEMANN, DUFLOTH, 2013; KOETTKER et al., 2012; KOETTKER et al., 2015; KOETTKER, 2010).

Dessa forma, já que dispomos de poucos estudos publicados nacionalmente, ainda não é possível discutir sobre a segurança desse local parturitivo no Brasil, apenas destacar as baixas taxas de intervenções e de transferência, assim como a alta taxa de parto normal, mesmo após cesárea prévia nesses atendimentos.

3.2.2 Experiência da mulher e acompanhantes

Nos centros urbanos brasileiros, algumas mulheres, a exemplo de mulheres de outros países, passaram a optar pelo domicílio para vivenciar o nascimento de seus filhos. Muitas são as razões para essa opção, dentre as quais a diminuição das intervenções obstétricas, a menor medicalização da assistência ao parto e a assistência individualizada pautada no vínculo e confiança no profissional escolhido para o atendimento no domicílio. Além do mais, essas mulheres desejam participar ativamente da experiência do processo de parto e nascimento, entendem que gestação não é doença, assim como o parto é um evento natural, e querem ter respeitadas suas crenças, valores e privacidade. A possibilidade de realizar o contato pele-a-pele precoce e contínuo com o RN, além de oportunizar a presença de um ou mais acompanhantes no momento do parto são aspectos que também influenciam as mulheres a optarem por um local parturitivo que foge do modelo institucional (DAVIM, MENEZES, 2001; LESSA, 2003; KRUNO, BONILHA, 2004; MEDEIROS, SANTOS, SILVA, 2008; FRANK, 2011; LESSA et al., 2014b; FEYER et al., 2013).

Outra razão da escolha dessas mulheres quanto ao parto no domicílio é a tentativa de evitar uma cesariana desnecessária, uma vez que no Brasil, há um alarmante crescimento dos nascimentos por essa via. Em 1994, a taxa nacional de cesarianas era de 32,0%, em 2010, essa cirurgia atingiu 52,0% de todos os nascimentos (BRASIL, 2011a), e em 2012 totalizaram 56% de todos os nascimentos, percentual muito superior ao de 15,0% recomendado pela OMS (WHO, 1985). Convém destacar que no setor privado a situação é ainda mais grave, onde essa taxa cresceu de 64,3%, em 2003, para 80,7%, em 2006 (BRASIL, 2008b) e para a exorbitante taxa de 85%, em 2012 (BRASIL, 2016b). Assim, no Brasil, contrariando todas as políticas públicas de incentivo ao parto normal, a cesariana tornou-se o modo mais frequente de nascimento.

As mulheres que optam pelo PDP baseiam sua decisão em dois pilares: a percepção de que se sentem mais seguras nesse ambiente do que no hospitalar e a possibilidade de desmedicalização do processo de parto e nascimento. O acesso à informação diversificada e de qualidade representa um conhecimento que legitima a mulher para ser soberana, constituindo o primeiro passo para a decisão informada do local do parto. Quanto à fonte de informação, deu-se de forma direta, ou seja, de pessoa a pessoa, através de grupos de gestantes e ainda de outros meios de comunicação, como Internet e livros. Ademais, a informação foi obtida através da vivência de outras mulheres que traziam experiências negativas de partos hospitalares, e positivas de partos domiciliares e através do profissional de saúde. As relações sociais serviram de base para permitir a mulher realizar uma desconstrução de saberes e práticas dominantes para vislumbrar um parto natural e desmedicalizado através do empoderamento, e do conhecimento empírico e científico (LESSA, 2012; LESSA et al., 2014a; LESSA et al., 2014b).

Após a tomada da decisão, muitas mulheres ainda enfrentam preconceito da sua rede de amigos e/ou familiar, uma vez que esses não compreendem a segurança no domicílio. Entretanto, elas se mostram extremamente satisfeitas com a sua escolha (KRUNO, BONILHA, 2004; MEDEIROS, SANTOS, SILVA, 2008; LESSA et al., 2014b; FEYER et al., 2013).

Os casais que optam pelo PDP apresentam, de maneira geral, alto grau de escolaridade, relacionamento estável e classe social mais favorecida, o que pode ter influenciado positivamente a criticarem o modelo vigente, uma vez que têm fácil acesso à informação de qualidade, além de estarem vivenciando o parto do primeiro filho, embora também algumas multíparas repetissem a experiência (FEYER,

2012; FEYER, MONTICELLI, KNOBEL, 2013; COLLAÇO, 2013; CALVETTE et al., 2011; FEYER et al., 2013).

As mulheres que passaram pela experiência do parto domiciliar enaltecem a possibilidade de serem protagonistas e contarem com a presença da sua família. Relatam que o cuidado prestado no domicílio por enfermeiras facilitou a sua autonomia, o que contribuiu para a evolução fisiológica do parto, menor percepção dolorosa, ausência de intervenções, respeito ao contato e vínculo mãe e filho, melhor recuperação no pós-parto e adaptação à maternidade. As mulheres verbalizam o desejo de repetir a experiência no domicílio, assim como recomendam esse local parturitivo para outras mulheres. Referem ainda que os parceiros e familiares sentem-se incluídos em todas as fases do processo, e que são figuras importantes no oferecimento de apoio físico e emocional e colaboram com a evolução do parto (FRANK, 2011). Os companheiros relatam que puderam participar ativamente de todas as fases do processo já que no ambiente domiciliar encontram mais liberdade para sua participação (MELO, 2015).

É escassa a literatura que trata sobre os rituais de cuidado desenvolvidos pelas famílias que optam pelo parto no contexto domiciliar. Entre os rituais realizados antes do parto, estão os que envolvem a preparação da casa, que é considerada um local sagrado para a vivência parturitiva, a preparação do próprio corpo para o parto e da mente no sentido de concretizar a ideia do PDP. Outros ritos estão ligados à vivência do parto e à ambiência, à performance da família durante o trabalho de parto, além da de celebração pela chegada do RN e aos relacionados à placenta, como o parto lótu³ e homeopatia. Assim, os rituais de cuidados visam trazer o poder da natureza, a força da mulher que dá à luz e a vida ecologicamente valorizada, e a respeitosa recepção ao RN. Os profissionais de saúde, em especial as enfermeiras obstetras, profissionais que mais atuam no contexto domiciliar, devem compreender esses rituais no sentido de desenvolver suas práticas respeitosas à cada família (FEYER, 2012; FEYER et al., 2013).

³ O parto lótu é quando o RN permanece ligado à placenta, isto é, o cordão umbilical não é cortado até que ele se solte naturalmente (CRESCER ONLINE, 2016). Outros sites e livro que abordam esses temas: <http://placentabenefits.info/>, <http://www.lotusbirth.net/> e <http://www.mamasplacentamedicine.com/> e Placenta: the gift of life livro de Cornelia Enning.

Em relação ao significado sobre a experiência do PDP para os casais atendidos pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami, que atua na Cidade de Florianópolis, constatou-se que o PDP é um ideal coerente com o seu estilo de vida, crenças, valores e cultura. No domicílio eles têm a oportunidade de receber um cuidado respeitoso, sensível e contra-hegemônico. Quanto ao cuidado no pré-natal, enaltecem aspectos importantes como o acolhimento, a confiança e a autonomia profissional. As enfermeiras promovem educação para a saúde e embasam suas práticas nas evidências científicas, com as quais preparam o casal para terem autonomia e serem protagonistas da sua história. Apontam como relevante a formação de vínculo do casal com a equipe desde o pré-natal. Já no trabalho de parto e parto os casais ressaltaram que o ambiente favoreceu a privacidade, o silêncio e a baixa luminosidade. O ápice da emoção familiar aconteceu no momento do parto, com a formação da nova família. A sensibilidade, a disponibilidade e o amparo despendido pelas enfermeiras, assim como o cuidado prestado para além das necessidades físicas, foram reconhecidos e destacados pelas mulheres. A metodologia de assistência prestada no puerpério favoreceu o acolhimento do RN e a participação nos cuidados para a formação do vínculo familiar, chamando atenção para os relacionados à amamentação e à placenta. Entretanto evidenciou que os casais se depararam com a discriminação sociocultural e o não-reconhecimento da política pública de saúde (COLLAÇO, 2013).

Os assuntos que envolvem o tema do parto domiciliar ainda são insipientes, mas os que abarcam as dificuldades que profissionais e famílias se deparam são ainda mais raros. As mulheres transferidas para o hospital após iniciado, de forma planejada, o trabalho de parto no domicílio, experienciam a dificuldade de vivenciar a transferência, a quebra do sonho de parir em casa; as emoções como a frustração, o desânimo, a culpa, a revolta e o inconformismo; a difícil parte burocrática na chegada ao hospital (preenchimento de ficha para atendimento e para a internação), assim como o mau atendimento dos profissionais (que incluem o desrespeito, o preconceito e o autoritarismo). Somado a isso, sofrem a despersonalização do 'ser mulher' (com a retirada das roupas, joias e ou acessórios, vestir uma camisola padrão e uso de propé, entre outros), da medicalização da assistência, da privação do contato pele a pele e do atendimento ríspido com o RN. Apesar de todos esses sentimentos negativos algumas mulheres relataram o bom acolhimento no contexto hospitalar, com destaque para o anestesista durante a cesárea e alguns poucos profissionais de forma pontual (BURIGO, 2013).

As fragilidades da assistência no domicílio estão associadas a uma melhor preparação no pré-natal para a transferência, as orientações para que essa ação inesperada seja vivenciada de forma menos negativa, como a importância do acompanhamento de profissional do domicílio até o hospital ou mesmo a permanência dele após a internação, assim como a continuidade do atendimento após o retorno da mulher ao lar (BURIGO, 2013).

As mulheres optam pelo parto no ambiente domiciliar por diversas razões que vão desde a tentativa de buscar uma assistência diferenciada, já que em gestação anterior foram submetidas a intervenções, culminando em cesárea desnecessária, até para estar num ambiente que favoreça sua autonomia e que tenham poder de decisão. Além existir a possibilidade da participação de outros acompanhantes, como os outros filhos, e do atendimento mais respeitoso ao RN. Entretanto, a escolha pode ser vista com ambiguidade pelos amigos e familiares, dessa forma a experiência de outras mulheres que pariram no domicílio servem de estímulo. Os companheiros apoiam a decisão e sentem liberdade para participar mais ativamente no ambiente domiciliar.

3.2.3 Experiência de profissionais

Os primeiros estudos publicados sobre a temática do parto domiciliar, que envolve os provedores de cuidado, foram desenvolvidos tendo sido a assistência realizada por parteiras tradicionais ou por familiares (CECAGNO, ALMEIDA, 2004; ACKER et al., 2006; BORGES et al., 2007; CRIZÓSTOMO et al., 2007; DIAS 2007; NASCIMENTO et al., 2009).

A partir da década passada, tem-se observado, no Brasil, a inserção gradativa das enfermeiras obstétricas na assistência ao PDP. Em 2008, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) passou a reconhecer que a gestante de risco obstétrico habitual pode escolher o domicílio para o local do parto, sob a responsabilidade de enfermeiras obstétricas (BRASIL, 2008b).

Com o crescente aumento desse tipo de parto, assistido por profissional qualificado e registrado em conselho de classe, surgiu a necessidade de investigar esse tipo de assistência, em especial prestado pelas enfermeiras obstétricas. Assim, algumas pesquisas foram realizadas e publicadas.

Os profissionais relatam que os constantes conflitos e estresses vivenciados no ambiente hospitalar, além do testemunho de situações de violência obstétrica, foram motivadores para assistir ao parto no domicílio (SANFELICE et al., 2014; MATTOS, 2012). Entretanto, a prática hospitalar anterior, na qual puderam vivenciar situações de emergência e manejo das distocias, foi empoderadora para os profissionais (MATTOS, 2012).

No domicílio os profissionais podem prestar assistência ao parto de forma fisiológica, humanizada, sem intervenções, baseada em evidência científica, livre de rotinas rígidas pré-estabelecidas e em ambiente confortável, que favorece a autonomia e o protagonismo da mulher. Além disso, no ambiente domiciliar existem alguns benefícios para a mulher como o apoio contínuo profissional e da rede familiar, privacidade e respeito às práticas culturais (MATTOS, 2012; MARTINS, ALMEIDA, MATTOS, 2012; SANFELICE et al., 2014).

No domicílio, a participação ativa do companheiro, assim como a dos outros filhos e da família, é incentivada (DAVIM, MENEZES, 2001; FRANK, 2011). Nesse local, os profissionais se ajustam às rotinas da casa, a flexibilidade das condutas é facilitada, sendo que a assistência é permeada por afeto e dedicação (FRANK, 2011; FRANK, PELLOSO, 2013).

Para os profissionais, alguns aspectos são importantes nesse atendimento, entre eles a relação de respeito e confiança entre gestante, casal, família e profissional (DAVIM, MENEZES, 2001; FRANK, PELLOSO, 2013). A segurança do atendimento, nesse contexto, está atrelada ao seu planejamento, à seleção de mulheres de risco obstétrico habitual, à qualidade da assistência obstétrica e redução de intervenções, além de dispor de materiais na eventualidade de transferência (FRANK, 2011; FRANK, PELLOSO, 2013).

Assim como os profissionais que buscam um parto mais digno e respeitoso, divergente do modelo obstétrico atual, é crescente a polêmica que envolve o nascimento nesse contexto uma vez que, médicos e não-médicos apresentam opiniões distintas sobre o assunto (SANFELICE; SHIMO, 2014).

Dessa forma, entre as dificuldades enfrentadas pelos profissionais no atendimento domiciliar está a opinião contrária de outros profissionais, ou o preconceito cultural, que culmina nos embates enfrentados no ambiente hospitalar, quando as mulheres são transferidas. Também é difícil a compra de materiais e medicações e acesso à Declaração de Nascido Vivo (DNV) (MATTOS, 2012; SANFELICE et al., 2014).

Os profissionais apontam críticas advindas de outros profissionais, uma vez que, em geral, o parto nesse contexto é visto como um modelo simplificado de assistência e pouco seguro. Essa visão de risco e de simplificação pode dificultar a ampla aceitação do PDP pelos profissionais e mulheres e, assim, justificar a baixa adesão dos profissionais nesse tipo de atendimento (FRANK, 2011).

O PDP é apontado pelos profissionais como uma estratégia para transformar e melhorar a qualidade da atenção obstétrica (FRANK, 2011). Sendo que nesse ambiente encontram valorização na sua área de atuação, realização profissional e satisfação pessoal (DAVIM, MENEZES, 2001; SANFELICE et al., 2014).

É recente o atendimento ao PDP realizado por profissional qualificado, assim poucos estudos abordam essa temática sob a ótica dos profissionais. No entanto, percebe-se a crescente adesão dos profissionais ao parto domiciliar na busca de um ambiente mais propício para o atendimento ao parto de forma fisiológica e encontram satisfação.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa que utilizou o método misto, com abordagem quantitativa e qualitativa, que possibilita investigar um objeto e melhor responder a questão de pesquisa (HALCOMB; ANDREW; BRANNEN, 2009). É um método congruente para explicar fenômenos complexos e de múltiplas facetas (ANDREW; HALCOMB, 2009), sendo que os resultados testáveis pretendem responder as perguntas quantitativas, enquanto que as questões qualitativas permitem compreender o fenômeno de interesse (KROLL; NERI, 2009).

Os pesquisadores que utilizam os métodos mistos concordam que é possível combinar a abordagem quantitativa e qualitativa de forma congruente aos seus respectivos paradigmas, sendo que a sequência de implementação dos projetos mistos envolve alguns aspectos: a sequência de coleta de dados, o nível de prioridade, a integração e a perspectiva teórica. A coleta de dados de um projeto geralmente envolve múltiplas fases, as quais podem ser do tipo sequencial ou concorrente. Na do tipo concorrente os dados são coletados no mesmo momento de tempo, mas de forma independente. As abordagens metodológicas são integradas durante a fase de interpretação (KROLL; NERI, 2009).

Quanto à prioridade nos estudos mistos pode ocorrer uma alternância na ênfase dada a uma abordagem em relação à outra. Já a integração intencional dos métodos qualitativos e quantitativos é o que verdadeiramente caracteriza um estudo misto e é em muitas vezes o ponto essencial. A integração pode acontecer nas diversas fases do estudo, coleta de dados, análise e também pode ocorrer na fase de discussão, uma vez que os achados de uma das abordagens são utilizados para explicar ou contextualizar os resultados da outra (KROLL; NERI, 2009).

Nesta pesquisa, a coleta de dados foi do tipo concorrente, sendo que a abordagem quantitativa e a qualitativa tiveram igual prioridade.

4.1.1 Abordagem quantitativa

Tipo de estudo

Pesquisa descritiva, na qual tem por objetivo observar, descrever e documentar os aspectos da situação (POLIT; BECK, 2011). Neste tipo de estudo o pesquisador calcula estatísticas descritivas, como médias e proporções (BROWNER; NEWMAN; HULLEY, 2008).

População e amostra

A população alvo do estudo foram as mulheres que iniciaram o trabalho de parto em ambiente domiciliar de forma planejada e os seus RN. Assim, a amostra foi por conveniência (POLIT; BECK, 2011), composta pelas mulheres e seus RN, assistidos por profissionais de saúde, de forma planejada, nas regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil no domicílio durante o período de coleta de dados, ou seja, de 1º de dezembro de 2014 a 30 de novembro de 2015, totalizando 667 mulheres e 665 RN.

A delimitação dessas regiões deve-se ao fato de terem sido identificados e contatados profissionais de saúde em pelo menos dois Estados de cada uma delas, dessa forma, participaram da pesquisa profissionais que atendiam nos seguintes Estados: Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Mato Grosso, Goiás, Bahia, Alagoas, Pernambuco, Ceará e no Distrito Federal. Dessa forma, cabe destacar que a Região Norte não foi incluída por não ter sido identificado mais de um Estado com atendimento ao PDP por profissional qualificado.

Acesso aos sujeitos

O acesso às mulheres, como já referido anteriormente, foi por meio dos profissionais de saúde. Assim, como eles atuam de forma autônoma, a identificação foi feita mediante contato pessoal em eventos científicos da área obstétrica, rede social da internet e indicação de profissionais, e também através da técnica de amostragem de rede, conhecida como “Snow Ball” (bola-de-neve), ou seja, os profissionais inicialmente identificados indicam possíveis profissionais elegíveis para o estudo (POLIT; BECK, 2011). Essa técnica facilita a seleção dos sujeitos, uma vez que é mais fácil um membro da população conhecer outro elegível para o estudo. Entretanto, uma limitação dessa técnica refere-se ao fato de que as pessoas acessadas são aquelas mais visíveis

na população (ALBUQUERQUE, 2009), o que pode caracterizar como um possível viés de amostragem.

Os critérios de inclusão para acesso aos profissionais foram: possuir formação de nível superior completo, com registro no Conselho de Classe competente e habilitado legalmente para o atendimento ao parto normal, de acordo com a Lei do Exercício Profissional, em que consta a assistência ao parto normal. Dessa forma, foram convidados a participar do estudo os enfermeiros obstetras, obstetras e médicos.

Na primeira etapa de identificação, 123 profissionais foram convidados por e-mail para participar do estudo, desses alguns não eram elegíveis uma vez que nunca tinham atendido PDP ou deixaram de realizar esse tipo de assistência no domicílio, outros não se enquadravam nos critérios de inclusão (como no caso das parteiras tradicionais e as doulas), ou não desejaram participar da pesquisa alegando, na maioria das vezes, problema de saúde e falta de tempo e disponibilidade.

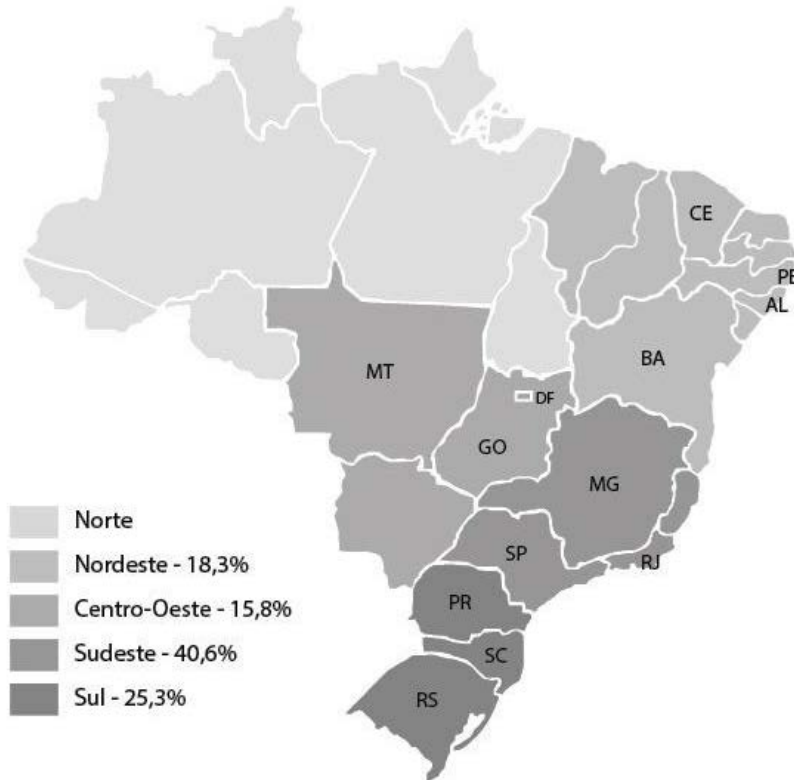
Assim, após essa seleção, 94 profissionais (enfermeiro obstetra, médico e obstetra) aceitaram participar da pesquisa. No intuito de assegurar os procedimentos éticos, foram encaminhados, via correio, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os profissionais assinarem e em torno de 20 TCLE para as mulheres que seriam atendidas por eles, juntamente com uma carta de orientações, além de envelopes previamente selados para a devolução dos termos assinados.

Desses 94 profissionais, alguns desistiram de participar da pesquisa, sendo as razões similares às já mencionadas. Os que aceitaram participar, alguns, elegeram um profissional para representar a equipe para acessar o banco, disponibilizar os dados das mulheres e dos RNs assistidos no domicílio e manter contato com a pesquisadora principal.

Assim, 49 profissionais foram responsáveis pela inclusão das informações, no banco de dados *on line*, referentes aos atendimentos realizados por eles ou sua equipe. Esses profissionais representam 36 equipes de atendimento ao PDP, sendo seis da Região Nordeste, cinco da Centro-Oeste, 14 da Sudeste e 11 da Região Sul do Brasil. Dos atendimentos realizados no domicílio 122 (18,3%) são da região Nordeste, 105 (15,8%) da Centro-Oeste, 271 (40,6%) da Sudeste e 169 (25,3%) da Região Sul (Figura 1).

Todos foram orientados acerca da população alvo do estudo e sobre os critérios de inclusão e exclusão, uma vez que foram os responsáveis pelo convite e inclusão das mulheres e seus RNs.

Figura 1 – Regiões e Estados que participaram do estudo e percentual de atendimentos domiciliares por Região do país.



Fonte: Adaptado de <<http://www.designinterativo.etc.br/design/mapa-do-brasil-vetorizado>>.

Seleção dos sujeitos

Os critérios de inclusão das mulheres foram: ter sido assistida em seu domicílio no trabalho de parto, ou no parto ou em ambos os períodos clínicos, de forma planejada, por profissional de saúde, de escolha da mulher, habilitado legalmente para o atendimento ao parto normal.

O critério de inclusão do RN foi: ter nascido no domicílio ou em instituição de saúde, após transferência da parturiente, sendo excluídos os nascidos com malformação congênita, indiferente do local de nascimento.

A média de idade dos profissionais que atenderam as mulheres que pariram no domicílio (555) foi de 39,1 anos (Desvio Padrão – PD de 8,7 anos), sendo a maioria do sexo feminino (94,2%), não trabalha em instituição pública ou privada (58,7%), com média de formação de 12,7 anos (DP de 8,0 anos) para os profissionais especialistas e de 7,1 anos (DP de 8,5 anos) para os não-especialistas e com média de 6,6 anos (DP de 4,9 anos) de atendimento ao parto domiciliar. A maioria era enfermeiro obstetra (74,8%), seguida pelo médico obstetra (20,2%) e obstetrizas (3,8%). Esses profissionais tendem a trabalhar em Equipes formadas por dupla (40,6%) ou trio (41,5%) (Tabela 1a).

Tabela 1a – Características dos profissionais segundo total de partos atendidos no domicílio, 2015 (N=563)^a

Variáveis	n	%
Idade (média em anos) (DP) (n= 555)	39,1 (DP 8,7)	
Sexo (n = 555)		
Feminino	523	94,2
Masculino	32	5,8
Local de atuação profissional (n = 555)		
Autônomo	327	58,9
Instituição pública	91	16,4
Instituição privada	86	15,5
Instituição pública e instituição privada	51	9,2
Profissional que atendeu ao parto (n=555)		
Enfermeira obstétrica	415	74,8
Médico obstetra	112	20,2
Obstetrix	21	3,8
Médico generalista	7	1,2
Número de profissionais no período expulsivo (n=560)		
Um	36	6,2
Dois	227	40,6
Três	232	41,5
Quatro	45	8,0
Cinco ou mais	12	2,1
Nenhum	8	1,4
Tempo de formado dos médicos obstetras e enfermeiros obstetras (média em anos) (DP) (n=526)	12,7 (8,0)	
Tempo de formado das obstetrixas e médicos generalistas (média em anos) (DP) (n=28)	7,1 (8,5)	
Tempo de atendimento ao parto domiciliar (média em anos) (DP) (n=555)	6,7 (4,9)	

^a Oito partos aconteceram antes da chegada dos profissionais.

Coleta de dados

A coleta de dados foi viabilizada através da criação de um banco de dados *on line* no sistema Google docs, realizado pela pesquisadora, e disponibilizado para os 49 profissionais com uma senha e um número de identificação individual para uso restrito.

O banco de dados (Apêndice A) foi construído baseado nas variáveis de interesse, que serão apresentadas posteriormente, para a descrição das práticas obstétricas, conforme os objetivos do estudo. A primeira versão do banco de dados foi disponibilizada para três profissionais (uma médica e duas enfermeiras obstétricas), sendo posteriormente modificado, a partir das sugestões. Assim, após esse teste, para otimizar o preenchimento, a maioria das perguntas permaneceu com respostas fechadas e algumas com respostas discursivas foram retiradas. Para os casos de transferência materna, foi incluído um “passe” para que a tela com as questões relacionadas ao parto e pós-parto domiciliar não fosse disponibilizada. Também foi incluída uma pergunta sobre a transferência no pós-parto. Após esses ajustes, o banco foi novamente enviado aos mesmos profissionais para um novo teste. Assim, na versão final, ainda foi inserida uma trava na maioria das perguntas, tornando-se obrigatório o preenchimento das respostas para avançar para a página seguinte.

A versão final do banco de dados foi disponibilizada para os profissionais responsáveis pelo preenchimento, por meio de um e-mail, o qual continha um link de acesso. A partir de então, a cada início de atendimento o profissional de saúde convidava a gestante para fazer parte da pesquisa e solicitava a leitura e assinatura do TCLE. Somente após a finalização do acompanhamento da mulher, que aceitou fazer parte da pesquisa, o profissional cadastrava os seus dados pessoais e os relativos ao atendimento à mulher e ao RN.

Durante todo o período de coleta de dados, a pesquisadora ficou à disposição para esclarecer as dúvidas e acompanhou semanalmente a inserção dos dados pelos profissionais no intuito de verificar erro de digitação, ausência de seguimento e desistência. Em alguns casos, de dúvida ou erro de digitação, foi necessário entrar em contato por telefone com os profissionais cadastrados. Da mesma forma que a pesquisadora principal entrava em contato com os profissionais que não haviam inserido o primeiro atendimento ou que ficavam muito tempo sem inserir, motivando a frequente inserção de mulheres evitando o esquecimento de algum registro, e também para lembrar os objetivos da pesquisa para os que nunca haviam registrado algum atendimento realizado.

Variáveis do estudo

Neste estudo, as práticas obstétricas os acompanhamentos domiciliares foram avaliados através das variáveis sociodemográficas e obstétricas da gestação; obstétricas do trabalho de parto; obstétricas do parto; do RN; obstétricas do pós-parto imediato; sobre o atendimento institucional das mulheres transferidas e dos profissionais que prestaram assistência ao parto. Todas as variáveis foram mensuradas e registradas pelos profissionais de saúde durante o atendimento prestado. As variáveis foram apresentadas conforme a descrição e classificação de cada uma delas: Qualitativa Nominal (QLN), Qualitativa Ordinal (QLO), Quantitativa Contínua (QTC) e Quantitativa Discreta (QTD).

As práticas obstétricas foram entendidas como as realizadas na gestante, parturiente ou puérpera, decorrentes da assistência dos profissionais de saúde no atendimento ao parto domiciliar planejado. Em relação a prática neonatal foi entendida como a transferência do RN do domicílio para instituições de saúde.

Variáveis regionais de atendimento dos profissionais

Região do Brasil (QLN): Região do profissional conforme a localidade de atendimento, classificada em: Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste.

Estado (QLN): Estado do profissional conforme a localidade de atendimento, classificado em Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Brasília, Bahia, Sergipe, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará, Piauí, Maranhão

Iniciais do nome da parturiente (QLN): iniciais do nome da parturiente que foi atendida pelo profissional de saúde.

Seção 1 – Variáveis sociodemográficas e obstétricas da gestação

Idade da parturiente (QTC) – número de anos completos no dia do parto.

Escolaridade (QLO) – última série formal que frequentou na escola classificada em: ensino fundamental incompleto ou completo, ensino médio incompleto ou completo, ensino superior incompleto ou completo, pós-graduação incompleta ou completa, dado não informado ou outra.

Número de consultas de pré-natal com os profissionais de saúde (QTC) – total de consultas de pré-natal até o dia do parto,

classificado em números: uma, duas, três, quatro, cinco, seis, mais de seis, dado não informado ou outro.

Tipo de partos anteriores (QLN) – maneira como se deu (deram) o(s) parto(s) anterior (es) ao atual, ou seja, via abdominal ou através do canal pélvico-genital: nenhum, vaginal, vaginal a fórceps, vaginal a vácuo, cesárea, dado não informado ou outro.

Seção 2 – Variáveis obstétricas do trabalho de parto

Idade gestacional no dia do parto pela USG (QTD) – tempo de amenorrea calculada pela primeira ultrassonografia realizada pela gestante, classificado em: < de 37 semanas, 37 semanas, 38 semanas, 39 semanas, 40 semanas, 41 semanas, ≥ 42 sem, DUM interrogada ou dado não informado.

Tipo de ruptura de membranas (QLN) – perda de integridade das membranas ovulares, classificado em: espontânea, artificial, permaneceu íntegra até o expulsivo ou dado não informado.

Uso de ocitocina no trabalho de parto (QLN): utilizado ou não ocitocina no trabalho de parto, classificado como: não ou sim.

Necessidade de encaminhamento da parturiente para a maternidade no trabalho de parto ou parto (QLN): Necessidade de encaminhamento da parturiente para a maternidade no trabalho de parto ou parto, classificado como: não ou sim.

Seção 3 – Variáveis obstétricas do parto

Tipo de parto (QLN): tipo de parto que a parturiente realizou no domicílio classificado como: vaginal, vaginal com uso de fórceps, ou vaginal com uso de vácuo.

Posição de parto (QLN) – posição da mulher no momento do parto, classificada em: cócoras na água, genupeitoral na água, sentada/semi-sentada na água, cócoras no banquinho, cócoras sustentada fora da água, genupeitoral fora da água, ajoelhada, em pé, de lado, sentada/semi-sentada fora da água, no chuveiro em qualquer posição, dado não informado ou outra.

Realizado manobra de Kristeller (QLN): realizado manobra de Kristeller no parto, classificado como: não ou sim.

Uso de ocitocina no parto (QLN): utilizado ou não ocitocina no parto, classificado como: não ou sim.

Realizado Episiotomia (QLN) – realização ou ausência de episiotomia (incisão cirúrgica vulvo-perineal, conforme Montenegro, Braga e Filho, 2010), classificada em: sim ou não.

Condições do períneo (QLN) – presença ou ausência de trauma perineal espontâneo, classificadas em: sem trauma perineal, laceração de primeiro grau (lesão de fúrcula), de segundo grau (laceração que se aproxima da região esfinteriana), laceração de 3^o e do 4^o grau (extensão para o reto e comprometimento do esfíncter externo anal) (Montenegro; Filho, 2010), dado não informado, outro.

Sutura da laceração ou da episiotomia (QLN) – reconstituição de laceração perineal, traumática ou cirúrgica, classificada em: sim, não, dado não informado.

Seção 4 – Variáveis obstétricas do pós-parto imediato

Necessidade de encaminhamento da puérpera para a maternidade (QLN): Necessidade de encaminhamento da puérpera para a maternidade, classificado como: não ou sim.

Seção 5 – Variáveis do recém-nascido

Necessidade de encaminhamento do RN (QLN) – necessidade de encaminhamento ao ambiente hospitalar, classificada em: sim ou não.

Seção 6 – Variáveis do profissional que assistiu ao parto (considerar somente o profissional que atuou no período expulsivo)

Idade do profissional (QTC) – número de anos completos no dia do parto.

Sexo (QLN) – sexo do profissional, classificado em: feminino ou masculino.

Atua na assistência ao parto hospitalar (QLN) – área de atuação fora a assistência obstétrica domiciliar, classificada em: instituição pública, instituição privada ou não.

Formação universitária do profissional (QLN) – qual a formação universitária do profissional que assiste ao parto, classificada em: enfermeira obstétrica, obstetrix, médico generalista, médico especializado em saúde da família, médico obstetra ou outro

Tempo de formado na Especialidade (para os médicos obstetras e enfermeiras obstétricas) (QTC) – número de anos completos da Especialidade até o dia do parto para os médicos e enfermeiras, classificado em anos.

Tempo de formado na Graduação (para profissionais sem especialização) (QTC) – número de anos completos da Graduação até o dia do parto para obstetrixes, classificado em anos.

Tempo de atendimento ao parto domiciliar (QTC) – número de anos transcorrido entre o primeiro atendimento ao parto domiciliar e o atual classificado em: anos

Número de profissionais que estavam presentes neste período expulsivo (QTD) – número de profissionais que atendem na equipe, classificado em: um (atende sozinho), dois, três, quatro, cinco ou mais, ou dado não informado.

Quem são os profissionais que estão presentes neste período expulsivo (QLN) – categoria profissional das pessoas que integram a Equipe, classificado em: enfermeira obstétrica, obstetriz, doula, médico generalista, médico especialista em saúde da família, médico obstetra, fisioterapeuta, psicóloga, enfermeira, técnica em enfermagem, não se aplica, atende ao parto sozinho, ou outro.

Seção 7 – Variáveis sobre o atendimento institucional das mulheres transferidas

Instituição de saúde de encaminhamento (QLN) – o tipo de instituição para a qual a parturiente foi encaminhada, classificado como: hospital público (atendimento pelo SUS), clínica/hospital (atendimento por convênio de saúde) ou clínica (atendimento particular), centro de parto normal ou casa de parto.

Tipo de parto na instituição (QLN) – via pela qual o parto foi ultimado, caracterizado como através do canal pelvigenital (parto normal, parto a fórceps, parto a vácuo), parto com analgesia (bloqueio peridural para alívio da dor), parto normal com analgesia e fórceps ou vácuo ou via abdominal (cesárea), classificado em: parto vaginal, parto vaginal com o uso de fórceps, parto vaginal com o uso de vácuo, parto vaginal com analgesia, parto vaginal com analgesia com o uso de fórceps ou vácuo, cesariana ou dado não conhecido.

Processamento e análise dos dados

Finalizado o período de coleta, os dados foram transferidos para o programa EXCEL – versão 2008, sendo realizada uma análise de consistência dos dados pela pesquisadora. Nessa etapa, os dados foram agrupados por número de identificação do profissional de saúde, contendo algumas variáveis de identificação das mulheres (iniciais dos nomes, idades e escolaridades) e enviados aos profissionais para verificação de duplicidade e/ou falta de registro de algum atendimento.

Em decorrência da pequena amostra obtida, e das limitações do presente estudo, optou-se por descrever as práticas obstétricas que

ocorrem no contexto domiciliar, uma vez que essa amostra não é representativa desse tipo de atendimento no Brasil.

Inicialmente, foi realizada análise exploratória dos dados, por meio de estatística descritiva (frequências absoluta e relativa). Para algumas variáveis quantitativas foi calculada a média e o respectivo desvio padrão.

Para o controle de qualidade a pesquisadora realizou contato telefônico com 10,0% das mulheres e confirmou os dados digitados no banco de dados.

4.1.2 Abordagem qualitativa

Pesquisa do tipo exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa. Na pesquisa descritiva explora-se uma situação não conhecida, para obtenção de maiores informações (LEOPARDI, 2001). A pesquisa exploratória tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista, a formulação de problemas futuramente pesquisáveis. Proporciona uma visão geral acerca de um determinado fato (GIL, 2010).

Participantes

Os participantes foram os profissionais de saúde que assistiram às mulheres no parto domiciliar planejado. Os profissionais foram identificados durante a coleta de dados da abordagem quantitativa, sendo selecionados e convidados profissionais de todas as Regiões abrangidas na etapa anterior (Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) para que fossem contempladas as particularidades de cada uma delas.

O número de informantes foi estabelecido durante a coleta de dados pela saturação dos mesmos, ou seja, até que o número de entrevistados tivesse sido suficiente para alcançar o objetivo proposto, e quando ocorreu a repetição dos conteúdos já obtidos em entrevistas anteriores, sem acrescentar novas informações relevantes à pesquisa (POLIT; BECK, 2011). Os participantes foram selecionados a partir de critérios de inclusão, e foram convidados a fazer parte da pesquisa mediante contato telefônico, carta, rede sociais ou via e-mail.

Seleção dos participantes

Foram selecionados os profissionais que prestaram assistência no domicílio, pelo período mínimo de um ano, com inclusão gradativa de um profissional por Região e um por categoria profissional até obter-se a saturação de dados. Os critérios de inclusão dos profissionais foram: possuir formação de nível superior completo, com registro no Conselho de Classe competente e habilitado legalmente para o atendimento ao parto normal, de acordo com a Lei do Exercício Profissional.

Coleta de dados

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas com os profissionais elegíveis para o estudo, utilizando-se de um roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice B). Para refinamento do roteiro foi realizada uma entrevista pré-teste com uma enfermeira que no passado atendia partos no domicílio. A entrevista foi transcrita, e o roteiro revisado, sendo incluídas questões que não estavam presentes no roteiro original e que poderiam contribuir para que fossem melhor coletadas as informações necessárias para responder aos objetivos da pesquisa.

As entrevistas aconteceram concomitantemente à coleta de dados quantitativos, de março de 2015 a agosto de 2015, sendo que algumas foram realizadas de forma presencial em local, hora e dia de acordo com a disponibilidade do profissional, todavia a maioria foi realizada por *Skype* em virtude da distância geográfica entre os informantes e a pesquisadora. No quadro 1, são apresentadas as características dos 17 profissionais entrevistados.

Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas integralmente, lidas e revisadas pela própria pesquisadora, e posteriormente inseridas no programa computacional ATLAS.ti – versão 7.0 (FRIESE; 2012). O programa ATLAS.ti é um tipo de CAQDAS (*Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software*) no qual facilita a análise dos dados qualitativos e possibilita a organização e a codificação das informações coletadas (LAGE, 2011; FRIESE, 2012).

Quadro 1 – Região, categoria profissional, idade, sexo e tempo de atendimento ao parto domiciliar dos profissionais de saúde entrevistados

Região	Categoria profissional	Idade (anos)	Sexo	Tempo de atendimento ao parto domiciliar planejado (anos)
Nordeste	Enfermeira obstétrica	37	Feminino	6
Nordeste	Enfermeira obstétrica	32	Feminino	5
Nordeste	Médica obstetra	42	Feminino	10
Nordeste	Médico generalista	62	Masculino	39
Centro-Oeste	Enfermeira obstétrica	36	Feminino	9
Centro-Oeste	Enfermeiro obstétrico	32	Masculino	5
Centro-Oeste	Médica obstetra	49	Feminino	3
Sudeste	Enfermeira obstétrica	49	Feminino	6
Sudeste	Enfermeira obstétrica	50	Feminino	6
Sudeste	Enfermeira obstétrica	31	Feminino	3
Sudeste	Enfermeira obstétrica	34	Feminino	4
Sudeste	Médica obstetra	30	Feminino	2
Sul	Enfermeira obstétrica	30	Feminino	4
Sul	Enfermeira obstétrica	45	Feminino	2
Sul	Enfermeira obstétrica	52	Feminino	5
Sul	Médica obstetra	45	Feminino	4
Sul	Obstetiz	33	Feminino	3

Análise dos dados

A análise das informações coletadas foi realizada segundo a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011). Tem como objetivo a identificação dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência, signifique algo para o objetivo proposto. A análise foi organizada em torno de três polos cronológicos: pré-análise; exploração do material ou codificação; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

Na **pré-análise**, ou seja, a fase de organização, foi realizada a leitura exaustiva do material, a fim de escolher os documentos a serem submetidos à análise e sistematizar as ideias iniciais; e também, formular hipóteses, objetivos e indicadores que fundamentem a interpretação final (BARDIN, 2011). Dessa forma a escolha dos documentos dependem dos objetivos, ou os objetivos só são possíveis diante dos documentos disponíveis e os indicadores serão construídos em função das hipóteses, ou as hipóteses serão delineadas na presença de certos índices. Assim, na leitura flutuante o pesquisador deixa-se invadir por impressões e

orientações; na escolha dos documentos seleciona-se *um corpus* que serão submetidos aos procedimentos analíticos; na formulação das hipóteses, faz-se suposição ou indagação do que o pesquisador deseja confirmar ou infirmar, e dos objetivos; referenciação dos índices e elaboração de indicadores, os recortes do texto e; preparação do material ou seja a transcrição na íntegra das entrevistas.

Conforme Bardin (2011) no caso de entrevistas que desejam obter resultados globais ou comparar entre si os resultados essa deve ser realizada por indivíduos semelhantes.

A operacionalização desta etapa através do ATLAS.ti 7.0 deu-se com a construção de um projeto denominado Unidade Hermenêutica (*hermeneutic unit*) pelo próprio programa (FRIESE, 2012). Neste estudo a unidade hermenêutica é o conjunto das 17 entrevistas. Cada uma das entrevistas foi inserida no ATLAS.ti 7.0 como um documento primário (*primary documents*). Na sequência foi feita a edição ou o recorte dos trechos relevantes das entrevistas (*quotations*), segundo os objetivos do estudo, preparando-os para a etapa seguinte.

Na **exploração do material**, fase longa e exaustiva, consiste essencialmente em operações de codificação, relacionando os depoimentos com mesmo sentido (BARDIN, 2011). Os códigos, unidade de registro, são os nomes adotados para as ideias, que podem tanto ser palavras ou frases, cujo sentido pode ultrapassar o significado semântico, ou, como é característico da análise de conteúdo, os temas. Dessa forma fazer uma análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem uma comunicação e, assim significar algo para o objetivo escolhido.

Nessa etapa, a função do ATLAS.ti 7.0 é auxiliar na codificação (*codes*) dos trechos dos depoimentos (*quotations*) em unidades temáticas de significado semelhantes (*families*).

A etapa de **tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação**, consiste no tratamento dos dados de modo que os mesmos se tornem significativos e válidos, permitindo a construção de quadros de resultados, figuras e modelos que destacam as informações fornecidas pela análise, no sentido de fazer inferências e interpretações. Os resultados também podem servir de base para outras análises (BARDIN, 2011).

Nessa etapa, as ferramentas do ATLAS.ti 7.0 possibilitaram a construção de diagramas, figuras e modelos, que destacaram as informações obtidas.

As etapas da Análise de Conteúdo de Bardin de acordo com as ferramentas do programa ATLAS.ti são apresentadas no Quadro 2.

Neste estudo, a partir das informações dos profissionais de saúde, foram identificadas as razões que incentivaram o início do atendimento ao parto domiciliar, as facilidades encontradas para assistir nesse contexto e as dificuldades enfrentadas diante da transferência materna e/ou neonatal.

Quadro 2 – Descrição das etapas da Análise de Conteúdo de Bardin de acordo com as ferramentas do programa ATLAS.ti

ETAPA	AÇÃO
Pré-análise	Inserção de cada entrevista no programa (<i>primary document</i>), resultando no conjunto dessas (<i>hermeneutic unit</i>). Leitura flutuante dos dados. Elaboração de hipóteses. Recorte dos trechos relevantes (<i>quotations</i>).
Exploração do material	Elaboração dos códigos (<i>codes</i>), relacionando-os aos depoimentos (<i>quotations</i>) de mesmo sentido. Organização dos códigos em unidades temáticas (<i>families</i>).
Tratamento dos resultados	Tratamento dos dados. Construção de diagramas e modelos.

Fonte: Adaptado do quadro – Descrição das etapas da Análise de Conteúdo de Bardin segundo as ferramentas do programa ATLAS.ti (EBSSEN, 2015).

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os aspectos que envolvem a pesquisa estão de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012b). O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por meio da Plataforma Brasil e obteve aprovação no dia 10 de novembro de 2014 sob o parecer número 865.451 e CAAE número 33727314.2.0000.0121. A autorização para utilização dos dados das mulheres e dos RN assistidos em partos domiciliares planejados pelos profissionais de saúde foi realizada mediante a leitura e assinatura do TCLE (Apêndice C). Também foi obtido o consentimento dos profissionais que assinaram o TCLE (Apêndice D). Na abordagem qualitativa, para garantir o anonimato dos profissionais entrevistados, esses foram identificados com a letra P seguida de um número sequencial, sendo que os nomes das mulheres foram substituídos por flores, dos profissionais por pássaros, todas as instituições de saúde foram identificadas como Maternidade e as Cidades e Estados com a letra X.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa sob a forma de quatro manuscritos científicos, a seguir:

Manuscrito 1 – Práticas obstétricas nos partos domiciliares planejados assistidos nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil

Manuscrito 2 – Por que alguns profissionais de saúde optam pela assistência ao parto no domicílio?

Manuscrito 3 – Facilidades no atendimento ao parto domiciliar planejado sob a ótica de profissionais de saúde

Manuscrito 4 – Transferência materna e neonatal de parto domiciliar planejado: dificuldades relatadas pelos profissionais de saúde

5.1 MANUSCRITO 1 – PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NOS PARTOS DOMICILIARES PLANEJADOS ASSISTIDOS NAS REGIÕES NORDESTE, CENTRO-OESTE, SUDESTE E SUL DO BRASIL

PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NOS PARTOS DOMICILIARES PLANEJADOS ASSISTIDOS NAS REGIÕES NORDESTE, CENTRO-OESTE, SUDESTE E SUL DO BRASIL⁴

*Joyce Green Koettker⁵
Odaléa Maria Bruggemann⁶*

RESUMO

Objetivo: descrever as práticas obstétricas nos partos domiciliares planejados, assistidos por profissional qualificado, nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil. **Método:** estudo descritivo, com dados coletados em banco *on line* no sistema Google docs, alimentado por 49 profissionais (enfermeiros obstetras, médicos e obstetras) que assistem ao parto nas referidas regiões. Foram incluídas 667 mulheres entre dezembro de 2014 a novembro de 2015 e 665 neonatos (dois excluídos por malformação). Os dados foram analisados por estatística descritiva. **Resultados:** a maioria das mulheres pariu em casa (84,4%); em posição não-litotômica (99,1%); nenhuma foi submetida à episiotomia, sendo 32,3% com períneo íntegro e 37,8% com laceração de 1º grau; e 80,8% das mulheres com cesárea prévia tiveram parto domiciliar. Entretanto, algumas foram submetidas à amniotomia (5,4%), ocitocina (0,4%) e Manobra de Kristeller (0,2%). A taxa de transferência de parturiente foi 15,6%, de puérpera 1,9% e de neonatos 1,6%. Destaca-se que a taxa de cesárea nas parturientes que iniciaram o acompanhamento no domicílio foi de 9,0%. **Conclusão:** as práticas obstétricas estão em consonância com as evidências científicas,

⁴ Este manuscrito faz parte da Tese de Doutorado “Parto domiciliar planejado assistido por profissional qualificado nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil”.

⁵ Enfermeira obstétrica da Equipe Hanami – O Florescer da Vida – Parto Domiciliar Planejado. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Grupo de Pesquisa na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR). E-mail: joycegreenk@yahoo.com.br

⁶ Doutora em Tocoginecologia. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFSC. Pesquisadora CNPq. Vice-líder do GRUPESMUR. E-mail: odalea@ccs.ufsc.br

no entanto ainda são realizadas intervenções desnecessárias. A taxa de cesárea e de transferência materna e neonatal são baixas. O domicílio pode ser uma opção de local de parto para as mulheres que buscam assistência fisiológica no trabalho de parto e parto.

Descritores: Parto domiciliar; Parto humanizado; Enfermagem obstétrica; Estudo observacional.

INTRODUÇÃO

No Brasil, não se dispõe de dados sobre o atendimento ao parto no domicílio de forma planejada, uma vez o Sistema de Nascido Vivo (SINASC) engloba todos os nascimentos que acontecem fora do ambiente hospitalar, e não informa se houve ou não planejamento para que o parto ocorresse no domicílio e nem o profissional que prestou assistência.

Em países desenvolvidos a prevalência de partos domiciliares, atendido por profissional qualificado, de forma planejada, varia de 23% na Holanda (DAVIS-FLOYD; FABER; VRIES, 2013), 11,3% na Nova Zelândia (DAVIS et al., 2011), 2,8% na Inglaterra (BECG, 2011), menos de 2% no Reino Unido e no Canadá (NOVE, BERRINGTON, MATTHEWS, 2012; VEDAM et al., 2014) e menos de 1% nos Estados Unidos e na Austrália (CHENG et al., 2013; HOMER et al., 2014).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) brasileiro, enfermeiras obstetras, obstetrias e médicos são profissionais qualificados para o atendimento ao parto normal (WHO, 2004; BRASIL, 2016). O MS brasileiro recomenda a implantação de modelos para a assistência ao parto de risco habitual prestada por enfermeira obstétrica e obstetria, uma vez que nos partos atendidos por essas profissionais há menores taxas de intervenções obstétricas e maior satisfação das mulheres (BRASIL, 2016).

No Brasil, a assistência obstétrica realizada nas instituições de saúde é essencialmente intervencionista. Dados da Pesquisa Nascer no Brasil apontam que 73,8% das mulheres de risco obstétrico habitual foram submetidas à punção venosa, 37,3% à Manobra de Kristeller, 38,2% ao uso de ocitocina, 40,7% à amniotomia, 56,1% à episiotomia e 91,7% pariram em posição de litotomia e, 45,5% foram submetidas à cesárea. O estudo conclui que apenas 5,6% das mulheres brasileiras tiveram a oportunidade de parir sem qualquer tipo de intervenção (LEAL et al., 2014).

Diferente do contexto hospitalar brasileiro, diversos estudos internacionais apontam que a assistência nos Partos Domiciliares Planejados (PDP) é pouco intervencionista e, na maioria deles, os resultados maternos e neonatais são semelhantes aos hospitalares (HOMER et al., 2014; DAVIS et al., 2011; DE JONGE et al., 2013; DE JONGE et al., 2014). No entanto, alguns apontam piores resultados neonatais em situações específicas como, no caso de Recém-Nascido (RN) com malformação congênita, fetos com restrição de crescimento intrauterino, Idade Gestacional (IG) < do que 37 semanas, Apgar < do que 7 no 5º quinto minuto de vida, IG > do que 42 semanas, apresentação pélvica, gestações gemelares e atendidos por profissionais não-qualificados (CHENG et al., 2013; CHEYNEY et al., 2014; GRUNEBaum et al., 2014; BECG, 2011; VAN DER KOY et al., 2011).

Entretanto, estudo desenvolvido na Holanda, que analisou uma amostra de 743.070 mulheres que pariram no domicílio e os seus RN (até 28 dias após o parto) mostrou que o PDP não está associado a maior risco perinatal, se comparado ao hospitalar (DE JONGE et al., 2014).

No Brasil não há registro fidedigno sobre a assistência no ambiente domiciliar e os poucos estudos quantitativos publicados analisaram pequenas amostras (de 70 a 100 mulheres) (COLACIOPPO et al. 2010; KOETTKER et al., 2012; KOETTKER, BRUGGEMANN, DUFLOTH, 2013; KOETTKER, et al., 2015). No entanto, eles revelam menores baixas taxas de intervenções, quando comparadas as taxas hospitalares, como amniotomia e episiotomia e há maior adoção de boas práticas como liberdade de deambulação, movimentação e alimentação, participação de acompanhantes, contato pele-a-pele, estímulo à amamentação, liberdade do tipo de posição no parto e elevada taxa de parto normal após cesárea. Os estudos concluem que a assistência realizada por enfermeiras obstétricas, no contexto domiciliar, de forma planejada, apresenta resultados maternos e neonatais positivos e que as práticas obstétricas seguem o preconizado pelas evidências científicas (COLACIOPPO et al., 2010; KOETTKER, 2010; KOETTKER et al., 2012; KOETTKER, BRUGGEMANN, DUFLOTH, 2013).

Em decorrência da escassez de dados sobre a assistência domiciliar na realidade brasileira, faz-se necessário conhecer as práticas obstétricas que são realizadas no contexto domiciliar, uma vez que é crescente o número de mulheres que estão optando por esse local de parto. Considera-se que esses indicadores darão subsídios para aprofundar a discussão acerca da assistência que ocorre fora das instituições de saúde brasileira por profissionais qualificados. Assim, o

objetivo desse estudo foi descrever as práticas obstétricas nos partos domiciliares planejados, assistidos por profissional qualificado, nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil.

MÉTODO

Pesquisa descritiva, com coleta prospectiva dos dados, na qual a população alvo foram as mulheres atendidas pelos profissionais qualificados que assistiram ao parto de forma planejada no domicílio nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil, independentemente do local de nascimento (domicílio ou hospital) e os seus RN. Foram identificados e contatados profissionais em pelo menos dois Estados de cada uma das Regiões. Dessa forma, participaram da pesquisa profissionais que atendiam nos Estados: Alagoas, Pernambuco, Ceará, Bahia, Brasília, Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, totalizando 12 Estados mais o Distrito Federal. A Região Norte foi excluída, uma vez que em apenas um Estado foi encontrado profissional qualificado na assistência ao parto domiciliar.

A identificação dos profissionais que prestavam esse tipo de atendimento nas regiões supracitadas foi mediante contato pessoal em eventos científicos da área obstétrica e rede social da internet. Também se utilizou a técnica de amostragem de rede de “Snow Ball” (bola-de-neve), ou seja, os profissionais identificados indicam possíveis profissionais elegíveis (POLIT; BECK, 2011). Essa técnica, considerada não-probabilística, facilita a seleção dos participantes, uma vez que é mais fácil um membro da população conhecer outro elegível. No caso deste estudo, essa técnica foi útil para conhecer a população estudada, entretanto, com o seu uso, as pessoas indicadas são aquelas mais visíveis na população, o que gera uma limitação (ALBUQUERQUE, 2009) e um possível viés de amostragem.

Os critérios de inclusão dos profissionais foram: possuir formação de nível superior completo, registrado no Conselho de Classe e habilitado legalmente para o atendimento ao parto normal, de acordo com a Lei do Exercício Profissional. Dessa forma, foram convidados a participar os enfermeiros obstetras, obstetrizas e médicos.

O primeiro convite foi realizado para 123 profissionais identificados, entretanto, alguns não eram elegíveis e outros não desejaram participar da pesquisa. Inicialmente, 94 profissionais (enfermeiros obstetras, médicos e obstetrizas) aceitaram participar da

pesquisa. Para assegurar os procedimentos éticos, foram encaminhados, via correio, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os profissionais assinarem e os TCLEs para as mulheres que seriam atendidas por eles, juntamente com uma carta de orientações e envelopes previamente selados para a devolução dos termos. Destaca-se que os profissionais foram orientados a incluir no banco todas as mulheres atendidas durante o período de coleta de dados. Após recebido a carta, alguns desistiram de participar da pesquisa e outros elegeram um profissional representante da equipe para disponibilizar os dados das mulheres e RN assistidos no domicílio e manter contato com a pesquisadora principal.

Assim, 49 profissionais de saúde, representando 36 equipes de atendimento ao PDP, nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil, foram os responsáveis pelo preenchimento das informações.

Durante o período de coleta de dados 563 mulheres pariram no domicílio, oito pariram antes da chegada dos profissionais, assim a média de idade dos profissionais que assistiram as mulheres (555) foi de 39,1 anos (Desvio Padrão – DP de 8,7 anos), a maioria era do sexo feminino (94,2%), com média de tempo de atendimento ao parto domiciliar de 6,7 anos (DP = 4,9 anos), 58,9% não atendia parto em instituições de saúde pública ou privada. A média de tempo de formado dos médicos obstetras e enfermeiros obstetras foi de 12,7 anos (DP = 8,0 anos) e das obstetras e dos médicos generalistas de 7,1 anos (DP = 8,5 anos). A maioria era enfermeira obstétrica (74,8%), seguida pelo médico obstetra (20,2%), obstetras (3,8%) e médico generalista (1,2%) e atendiam o parto em equipe (dois a três) (82,1%).

Os profissionais foram orientados acerca da população alvo do estudo e sobre os critérios de inclusão e exclusão, uma vez que eles foram os responsáveis pela seleção das mulheres elegíveis e de seus RNs. Os critérios de inclusão das mulheres foram: ter sido assistida em seu domicílio no trabalho de parto, ou no parto ou em ambos os períodos clínicos, de forma planejada, por profissional qualificado e habilitado legalmente para o atendimento ao parto normal. E os critérios de inclusão dos RNs foram: ter nascido no domicílio ou em instituição de saúde, após transferência da parturiente, sendo excluídos os nascidos com malformação congênita, independentemente do local de nascimento.

Assim, a amostra foi composta pelas mulheres assistidas no domicílio durante o trabalho de parto e/ou parto, de forma planejada, e os seus RN durante o período de coleta de dados, ou seja, de dezembro

de 2014 a novembro de 2015, totalizando 667 mulheres e 665 RN, sendo dois excluídos por malformação congênita.

A coleta de dados foi viabilizada com a criação de um banco de dados *on line* no sistema Google docs, que foi disponibilizado para os 49 profissionais, mediante senha e número de identificação pessoal. A cada início de atendimento o profissional convidava a gestante para fazer parte da pesquisa e solicitava a assinatura do TCLE. Finalizado o acompanhamento, o profissional cadastrava os seus dados pessoais, assim como os dados da mulher e do RN.

A inserção dos dados no banco foi acompanhada semanalmente pela pesquisadora principal, com o intuito de identificar erros de registro ou digitação, ausência de seguimento e desistência em participar, ficando à disposição para esclarecer as dúvidas.

Finalizada a coleta, os dados do sistema Google docs foram transferidos para o programa EXCEL – versão 2008, sendo realizada uma análise de consistência das informações. Nesse processo, os dados foram agrupados por profissional, e em seguida enviados, para cada um deles, os dados de identificação das mulheres para a verificação de duplicidade e/ou falta de registro de algum atendimento.

As condições sociodemográficas, regionais e obstétricas das mulheres e dos neonatos deste estudo foram coletadas através das variáveis: idade, escolaridade, região de moradia, número de consultas de pré-natal, paridade e idade gestacional no dia do trabalho de parto. As práticas obstétricas relacionadas ao trabalho de parto e parto foram mensuradas através das variáveis: amniotomia, uso de ocitocina no trabalho de parto e parto, parto instrumental, transferência da parturiente ou da puérpera para instituição de saúde, posição de parto, Manobra de Kristeller, episiotomia, grau de laceração perineal, necessidade de sutura da laceração e transferência do RN.

Foram avaliadas também o tipo de parto das mulheres com cesárea prévia que foram coletadas através das variáveis: paridade, parto no domicílio, parto no hospital e repetição da cesárea na instituição.

Para o controle de qualidade dos dados, 10,0% das mulheres foi contatada por telefone, sendo que todas confirmaram a participação na pesquisa e algumas informações acerca do parto e nascimento.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva (frequência absoluta e relativa).

Todos os aspectos que envolvem a pesquisa estão de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por meio da Plataforma Brasil e obteve aprovação no dia 10 de

novembro de 2014 sob o parecer número 865.451 e CAAE número 33727314.2.0000.0121. A autorização para utilização dos dados dos profissionais de saúde e das mulheres foi mediante a assinatura do TCLE.

RESULTADOS

Do total de mulheres analisadas (667) a maioria era jovem, possuía elevada escolaridade, realizou mais de seis consultas de pré-natal, eram moradoras da Região Sudeste, primíparas e entraram em trabalho de parto com gestação a termo (Tabela 1b).

Tabela 1b – Características sociodemográficas, regionais e obstétricas das mulheres assistidas no domicílio, nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil, 2015 (N= 667)

Variáveis	N	%
Idade (média em anos) (desvio padrão)	30,9 (4,5)	
Escolaridade (n= 660)		
Ensino fundamental	8	1,2
Ensino médio	103	15,6
Ensino superior	433	65,6
Pós-graduação	116	17,6
Consultas de pré-natal		
Até seis	73	10,9
Mais de seis	594	89,1
Região do Brasil		
Sudeste	271	40,7
Sul	169	25,3
Nordeste	122	18,3
Centro-Oeste	105	15,7
Paridade		
0	372	55,8
1 ou mais partos vaginais ^a	191	28,6
1 ou mais partos vaginais ^b e cesáreas	25	3,7
1 ou mais cesáreas	79	11,9
Idade gestacional no dia do parto (USG)	39s5d (1,2)	
(média) (desvio padrão) (n= 653)		
< 37 ^c	4	0,6
37 – 39	297	45,5
40-41	324	49,6
≥ 42	28	4,3

^a Oito partos vaginais com fórceps e um com vácuo. ^b Três com fórceps. ^c As quatro mulheres estavam com idade gestacional de 36 semanas e 6 dias, sendo uma em período expulsivo na chegada do profissional.

Das mulheres que iniciaram trabalho de parto em casa (n=667) algumas foram submetidas a amniotomia e uma mulher recebeu ocitocina. Das mulheres que pariram em casa (n= 563) a maioria teve períneo íntegro ou laceração de 1º grau. Apesar de nenhuma episiotomia ter sido realizada, observa-se que algumas foram submetidas à Manobra de Kristeller, ao vácuo extrator, ao uso de ocitocina e pariram em posição de litotomia. Cerca de apenas um sexto das parturientes necessitou de transferência para instituição de saúde e taxa de transferências de puérperas e neonatos não atingiram 2,0% (Tabela 2).

Em relação a integridade perineal e tipo de laceração, 32,8% das mulheres que pariram no domicílio não tiveram trauma perineal (n = 182), 37,8% tiveram laceração de 1º grau, 28,5% de 2º grau, 0,7% de 3º grau e uma teve laceração de 4º grau (0,2%) (dados não apresentados na Tabela).

Tabela 2 – Práticas obstétricas no trabalho de parto e parto das mulheres assistidas no domicílio, nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil, 2015 (N = 667)

Práticas obstétricas	N	%
Ocitocina no trabalho de parto	1	0,1
Integridade da bolsa amniótica até o período expulsivo	117	17,5
Amniotomia (n= 667)	36	5,4
Parto vaginal com uso de vácuo ^a (n = 563)	3	0,5
Ocitocina no parto (n= 563)	2	0,3
Manobra de Kristeller (n= 563) ^b	1	0,2
Parto na água (n=555)	233	42,0
Parto vertical (n= 555)	538	96,9
Parto em litotomia ^c (n = 555)	5	0,9
Preservação da integridade perineal	182	32,8
Sutura da laceração (n= 365)	211	57,8
Transferência de parturiente	104	15,6
Transferência de puérpera (n= 563)	11	1,9
Transferência do recém-nascido (n=561)	9	1,6

^a Partos atendidos por médico obstetra. ^b Em decorrência de desaceleração fetal no período expulsivo. ^c Uma mulher pariu deitada na rede, uma em MacRoberts e três em posição ginecológica.

Das mulheres que foram transferidas para o hospital (104), a maioria optou por ser atendida em clínica/hospital por meio de convênio de saúde ou por atendimento particular 66,3% (dado não apresentado na Tabela). A maioria das mulheres transferidas foi encaminhada para cesárea (57,7%), sendo que 42,3% tiveram parto vaginal (6,8% com fórceps ou vácuo, 34,0% com analgesia e 15,9% com analgesia e fórceps/vácuo) (dados não apresentados na Tabela).

Quase a totalidade das mulheres pariu em posições verticalizadas, sendo que praticamente metade optou pelo parto na água (Tabela 3).

Tabela 3 – Posições de parto adotadas pelas mulheres que pariram na água e fora da água no domicílio, 2015 (n= 563)

Posição de parto^a	n	%
Fora da água	292	52,6
Cócoras no banquinho	130	23,42
Quatro apoios/genupeitoral	49	8,8
Cócoras sustentada	33	6,0
Sentada/semi-sentada	24	4,3
Em pé	20	3,6
Ajoelhada	17	3,1
De lado	14	2,5
Ginecológica	3	0,5
MacRoberts	1	0,2
Na rede	1	0,2
Na água (piscina)	233	42,0
Sentada/semi-sentada	119	21,4
Quatro apoios/genupeitoral	52	9,4
Cócoras	51	9,2
De lado	6	1,1
Ajoelhada	3	0,5
Em pé	1	0,2
Cócoras no banquinho na piscina	1	0,2
No chuveiro em qualquer posição	30	5,4

^aOito posições de parto não referidas.

Cabe destacar que das 79 mulheres com cesárea prévia, que iniciaram o acompanhamento no domicílio, 75,9% tiveram parto normal no domicílio. Em relação às 19 transferidas, a maioria (63,1%) foi submetida novamente a cesárea. Das mulheres que tinham uma cesárea e um parto a maioria teve PDP (Tabela 4).

Tabela 4 – Acompanhamento domiciliar de mulheres com cesárea prévia segundo o local e tipo de nascimento, 2015 (n = 104)

	Local e tipo de nascimento		
	Parto domiciliar n (%)	Parto hospitalar n (%)	Cesárea n (%)
Cesárea (n= 79)	60 (75,9)	7 (8,9) ^a	12 (15,2)
Cesárea e parto (n= 25)	24 (96,0)	-	1(4,0)

^a 1 fórceps, 5 analgesia, 1 fórceps e analgesia

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontam que no contexto domiciliar, a prática obstétrica busca respeitar os preceitos da humanização e é congruente com as evidências científicas, alguns profissionais ainda realizam poucas intervenções. Assim, considera-se que além de se tratar de uma clientela diferenciada, os profissionais que atendem o parto no domicílio buscam respeitar a fisiologia do trabalho de parto, parto e nascimento. Além disso, o ambiente domiciliar favoreceu a liberdade de escolha de posição de parto e a oportunidade de realizar parto normal, inclusive após cesárea prévia, resultados que diferem dos da assistência hospitalar brasileira.

Frente a escassa publicação de dados nacionais acerca da assistência prestada no domicílio, os achados desse estudo também são discutidos com os dos atendimentos realizados nos Centros de Parto Normal (CPN) brasileiros, uma vez que os profissionais que prestam assistência nesse local buscam respeitar a fisiologia do trabalho de parto, parto e nascimento. No entanto, cabe destacar que as mulheres assistidas no domicílio possuem alta escolaridade e condição socioeconômica diferenciada, dessa forma, os achados também são discutidos com estudos internacionais, desenvolvidos em países que, em sua maioria, o atendimento faz parte do sistema de saúde, realidade diferente da brasileira.

As mulheres que optaram pelo PDP têm escolaridade elevada, resultado semelhante a outras pesquisas realizadas no mesmo contexto no Brasil (MEDEIROS, SANTOS, SILVA, 2008; COLLACIOPPO et al., 2010; KOETTKER et al., 2012; FEYER, MONTICELLI, KNOBEL, 2013; LESSA et al., 2014) e em outros países, entretanto as brasileiras são mais jovens quando comparadas as mulheres dos estudo internacionais (CHEYNEY et al., 2014; CHENG et al., 2013; HOMER et al., 2014; DAVIS et al., 2011; BECG, 2011; HIRAIZUMI, SUZUKI, 2013). A alta escolaridade das mulheres que optam pelo parto domiciliar pode estar sinalizando que se trata de um público com características singulares, que tem acesso à informação, que questiona o modelo hegemônico atual e que busca um local para o parto que atenda suas expectativas com relação à forma como deseja participar do trabalho de parto, parto e recepção ao RN. Da mesma forma, as mulheres que buscam o atendimento no CPN podem estar desejando o atendimento nesse ambiente uma vez que a assistência é menos intervencionista, já que a realidade hospitalar é permeada de intervenções (LEAL et al., 2014). Entretanto, essa clientela, em sua maioria, possui baixa

escolaridade (SILVA et al., 2013; VOGT et al., 2011; SCHNECK et al., 2012), o que dificulta a comparação com a amostra do presente. Quase a totalidade das mulheres assistidas no domicílio realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, ou seja, com alta adesão ao pré-natal, como também constatada em alguns estudos realizados em CPN (PEREIRA et al., 2013; SILVA et al., 2013) e em estudo realizado no domicílio (KOETTKER et al., 2015).

Em relação à idade, diferente dos estudos internacionais, são mulheres jovens, o que pode estar relacionado ao fato de que na população estudada a maioria são primíparas, sendo congruente com outras pesquisas realizadas no Brasil (MEDEIROS, SANTOS, SILVA, 2008; KOETTKER et al., 2012; COLLACIOPPO et al., 2010; FEYER, MONTICELLI, KNOBEL, 2013; LESSA et al., 2014). A paridade também é diferente das mulheres atendidas em CPN brasileiros, nos quais a maior parte são múltiparas (VOGT et al., 2011; SCHNECK et al., 2012; SILVA et al., 2013). Destaca-se que esse é praticamente o único dado que difere da maioria dos estudos internacionais, uma vez que em diversos países, as múltiparas são as que mais optam pelo PDP (DE JONGE et al., 2009; DAVIS et al., 2011; BECG, 2011; DAVIS et al., 2011; CATLING-PAULL et al., 2013; KATAOKA, ETO, IIDA, 2013; CHENG et al., 2013; DE JONGE et al., 2013; HIRAIZUMI, SUZUKI, 2013; HOMER et al., 2014; CHEYNEY et al., 2014).

A escolha pelo PDP pelas mulheres brasileiras, já na primeira gestação, pode ser decorrente do desejo da liberdade e autonomia para participar do seu processo de parto e nascimento, além de buscar uma assistência menos intervencionista, num ambiente acolhedor, contar com maior número de acompanhantes e não correr o risco de ser submetida à cesárea desnecessária (MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008; AZEVEDO, 2008; FRANK, PELLOSO, 2013; LESSA et al., 2014; SANFELICE; SHIMO, 2014; SANFELICE et al., 2014). O contexto hospitalar, descrito na pesquisa Nascer no Brasil, inquérito nacional de base hospitalar, revelou que somente 5,6% das mulheres de risco habitual tiveram partos sem intervenções e que 45,5% delas realizaram cesárea (LEAL et al., 2014). Esse cenário assistencial brasileiro, na qual poucas mulheres têm a possibilidade de partos sem intervenção, pode estar influenciando as mulheres a optarem pelo atendimento no domicílio para vivenciarem o parto e nascimento.

Destaca-se que mulheres com cesárea prévia também optaram pelo PDP como já apontado em outros estudos realizados no Brasil (KOETTKER, 2010; COLACIOPPO et al., 2010), o que pode demonstrar o descontentamento pela realização desse procedimento e a

busca por um outro local de assistência. O percentual de mulheres deste estudo que optaram pelo PDP com cesárea prévia é mais elevado do que os apontados em outros países (4,4% a 8,0%) (CHENG et al., 2013; CHEYNEY et al., 2014; GRUNEBAUM et al., 2014). Isso pode ser decorrente de protocolos que desaconselham que essas mulheres sejam atendidas no domicílio, como no Japão, Holanda e Nova Zelândia (DAVIS et al., 2011; HIRAIZUMI, SUZUKI, 2013; DE JONGE et al., 2013). Todavia, nos Estados Unidos, apesar do Colégio Americano de Ginecologistas e Obstetras (ACOG) contraindicar o parto domiciliar após uma cesárea, muitas mulheres têm optado por parir nesse local (GRUNEBAUM et al., 2014), uma vez que a porcentagem de parir em casa, após uma cesárea, aumentou de menos de 1% em 1996 para 4% em 2008 e no hospital decresceu de 3% em 1996 para 1% em 2008 naquele país (MACDORMAN, et al., 2012).

Com relação às práticas adotadas durante o trabalho de parto, a maioria das mulheres teve rotura espontânea das membranas ou permaneceu com bolsa íntegra até o período expulsivo. O percentual de mulheres submetidas à amniotomia foi muito aquém do encontrado nos hospitais (40,7%), onde essa intervenção é utilizada para acelerar a evolução do trabalho de parto (LEAL et al., 2014) e, também se mostra abaixo das taxas de alguns CPN (de 53,3% a 71,3%) (SILVA et al., 2013; VOGT et al., 2011; SCHNECK et al., 2012).

A utilização a ocitocina antes do nascimento deve ser somente em ambiente hospitalar, uma vez que não se pode controlar os efeitos dessa droga, inclusive pode acarretar em necessidade de cesárea emergencial (WHO, 1996), mesmo assim algumas mulheres assistidas no domicílio foram submetidas ao uso de ocitocina no trabalho de parto e parto. Apesar desse uso inadequado, ainda é contrastante com os resultados apresentados na Pesquisa Nascer no Brasil, na qual, 38,2% das mulheres de risco obstétrico habitual receberam ocitocina e 73,8% utilizaram cateter venoso periférico (LEAL et al., 2014) e também é inferior as encontradas em CPN (de 27,9% a 56,8%) (VOGT et al., 2011; SCHNECK et al., 2012; SILVA et al., 2013; PEREIRA et al., 2013).

Apesar de contraindicada, inclusive pelas recomendações da OMS (WHO, 1996) desde 1996, a Manobra de Kristeller foi realizada em uma mulher assistida no domicílio. No Brasil, essa manobra é realizada em mais de um terço das mulheres assistidas nos hospitais (37,3%) (LEAL et al., 2014). A maior parte dos estudos realizados em CPN não trazem dados acerca dessa Manobra, assim, não se tem certeza se essa prática foi abolida ou não tem sido realizada (VOGT et al., 2011;

SCHNECK et al., 2012; PEREIRA et al., 2013), apenas um deles deixa claro que essa manobra não é realizada (SILVA et al., 2013).

Nesse estudo, nenhuma mulher atendida no domicílio foi submetida à episiotomia, achado totalmente discrepante da taxa de realização dessa intervenção nas mulheres brasileiras que são assistidas no hospital (56,1%), que são ainda maiores entre as primíparas (74,7%) (LEAL et al., 2014). Nos CPN, a taxa dessa intervenção é bem menor, quando comparada à realidade hospitalar, mas ainda varia de 2,4% a 25,7% das mulheres (PEREIRA et al., 2013; VOGT et al., 2011; SILVA et al., 2013; SCHNECK et al., 2012).

Quanto ao parto instrumental, três mulheres que pariram em casa tiveram seus partos assistidos por médicos obstetras e foram submetidas ao uso de vácuo extrator. Os médicos estão amparados legalmente para utilizarem vácuo extrator, fórceps ou prescreverem ocitocina, o que pode ter influenciado na reduzida utilização dessas práticas, uma vez que a maioria das mulheres foi assistida por enfermeiras e obstetizas.

As mulheres que optam pelo PDP tendem a escolher as posições verticalizadas, sendo que neste estudo praticamente todas pariram dessa forma, podendo assumir uma gama de modalidades como apontado em outros estudos brasileiros, nos quais a maioria das mulheres optou pelo parto na banqueta (40,9%) (COLACIOPPO et al., 2010) e o parto vertical na água (71,9%) (KOETTKER et al., 2012). A adoção dessa posição difere muito da realidade brasileira hospitalar, na qual praticamente todas as mulheres de risco obstétrico habitual (91,7%) parem em posição de litotomia (LEAL et al., 2014). A liberdade de posição no período expulsivo também têm sido uma prática realizada em CPN (SILVA et al., 2013; PEREIRA et al., 2013), sendo congruente com a encontrada nesse estudo. Assim, pode-se inferir que a escolha das mulheres em parir em CNP, assim como no domicílio pode ser motivada pela busca por uma assistência menos intervencionista, que proporcione mais autonomia e liberdade na escolha da posição de parto.

Apesar de não ser maioria, muitas mulheres do presente estudo tiveram a oportunidade de parirem na água, resultado semelhante a outro estudo realizado no Brasil (KOETTKER et al., 2012) e maior do que estudos conduzidos na Austrália (52%) (CATLING-PAULL et al., 2013) e na Islândia (39,1%) (HALFDANSDOTTIR et al., 2015). A prevalência dos partos vaginais assistidos na água em instituições hospitalares brasileiras é pouco conhecida. Estudo transversal realizado uma maternidade do Setor Suplementar de Saúde de Florianópolis/SC, apontou prevalência de 13,7% de parto na água, sendo que são mulheres pertencentes a um grupo diferenciado economicamente, de cor branca,

que possuem companheiro, alto grau de escolaridade, possuem trabalho remunerado e com número de consultas de pré-natal acima do mínimo recomendado (SCHEIDT; BRÜGGEMANN, 2016).

Os dados sobre parto na água assistidos nos CPN também são pouco conhecidos, pois apenas é citado que essa opção é disponibilizada de forma gratuita, mas não se sabe qual a prevalência (VOGT et al., 2011)

Apesar de pouco frequente, como apontado no presente estudo, o parto domiciliar, mesmo que planejado, pode acontecer antes da chegada dos profissionais no domicílio. Investigações realizadas em outros países como a Austrália (CATLING-PAULL et al., 2013) e Islândia (HALFDANSDOTTIR et al., 2015) também descreveram a ocorrência desse fato. Dessa forma, todas as famílias, em especial as das múltiparas, devem ser preparadas pelos profissionais para essa eventualidade e como prestar assistência à parturiente, à puérpera e ao neonato até a chegada dos profissionais qualificados.

Quanto ao resultado perineal, um terço das mulheres que pariram em casa tiveram o períneo íntegro e das mulheres que tiveram laceração mais da metade necessitou de sutura. Esses dados são similares aos dos estudos nacionais, nos quais a taxa de períneo íntegro ou de laceração sem necessidade sutura foi de 34,8% e 49,4% respectivamente (COLACIOPPO et al., 2010; KOETTKER et al., 2012). A taxa de laceração de 2º grau também foi semelhante a esses mesmos estudos citados anteriormente (KOETTKER et al., 2012; COLACIOPPO et al., 2010) e a outro estudo internacional (SMITH et al., 2013).

Grande parte das lacerações não foram suturadas, o que mostra que as condutas dos profissionais estão coerentes com as evidências científicas. O estudo de revisão, envolvendo 2.922 mulheres, apontou discreto aumento na taxa das lacerações não-suturadas, mostrando uma tendência à adoção da cicatrização natural e revelou que não suturar parece contribuir com a redução da dor (SEIJMONSBERGEN-SCHERMERS et al., 2015). No entanto, a revisão publicada na biblioteca Cochrane conclui que são necessárias mais evidências para apoiar essa prática, apesar de não haver diferença de resultado entre suturar ou não (ELHARMEEL et al., 2011). Estudos realizados em CPN apontaram que 66,6% a 84,2% das mulheres tiveram períneo íntegro ou laceração de 1º grau, entretanto não refere a taxa de sutura nas lacerações (SCHNECK et al., 2012; SILVA et al., 2013; PEREIRA et al., 2013).

No presente estudo as lacerações de 3º e 4º grau acometeram menos de 1,0% das mulheres, resultado congruente a outros estudos

nacionais (KOETTKER et al., 2012; COLACIOPPO et al., 2010) e abaixo da taxa de pesquisa realizada na Inglaterra, na qual a 7,1% das primíparas teve laceração de 3° grau (SMITH et al., 2013) e abaixo de outros países na qual as mulheres que pariram em casa tiveram de 1,9% a 2,0% de chance de ter tido laceração de 3° ou de 4° grau (HOMER et al., 2014; BECG, 2011).

A maioria das mulheres que optou pelo PDP conseguiu realizar o seu desejo, uma vez que apenas uma em cada seis mulheres não pariu em casa. Esses achados são congruentes com os estudos brasileiros (COLACIOPPO et al., 2010; KOETTKER et al., 2012) e se mantêm dentro da variação de transferência apontada nos estudos internacionais, de 8,2% a 24,1% (BECG, 2011; BLIX et al., 2014; HOMER et al., 2014; CHEYNEY et al., 2014; HALFDANSDOTTIR et al., 2015). A revisão sistemática de Blix e colaboradores (2014) conclui que nos países onde o sistema de referência é melhor estruturado as taxas de transferência são mais elevadas, que pode estar resultado da facilidade que os profissionais possuem para encaminhar as mulheres. Isso sugere que a taxa de encaminhamento deste estudo pode ter sido baixa em decorrência da inexistência de um fluxo formalizado de referência do ambiente domiciliar para o hospitalar.

As taxas de transferência de puérperas e RN foram reduzidas. Das mulheres que pariram no domicílio a taxa de transferência deste estudo foi congruente com a de uma pesquisa realizada nos Estados Unidos (1,7%) (CHEYNEY et al., 2014), entretanto mais baixa do que apresentada em estudo japonês (6,3%) (HIRAIZUMI; SUZUKI, 2013). Os estudos que incluíram a transferência após o parto materna e neonatal juntos (sendo que foi incluída a causa “acompanhar o RN” apontou taxa de 1,6% (CATLING-PAULL et al., 2013), apesar de outro estudo divulgar taxa mais expressiva, de 8,6% nas nulíparas e de 3,2% para as múltiparas (BLIX et al., 2016). Os estudos de PDP de dados nacionais apontaram taxa similar ao presente estudo (1,8%) (COLACIOPPO et al., 2010; KOETTKER et al., 2012). Foi também similar a taxa de transferência de puérpera atendida em CPN brasileiro (2,8%) (PEREIRA et al., 2013). A transferência neonatal foi semelhante a encontrada em pesquisa americana, na qual 1,0%, dos neonatos foram transferidos (CHEYNEY et al., 2014) e menor do que a de estudo realizado na Austrália (3%) CATLING-PAULL et al., 2013). Cabe destacar que as taxas de transferência dos RN desse estudo são semelhantes às encontradas em alguns estudos realizados em CPN (VOGT et al., 2011; SCHNECK et al., 2012; SILVA et al., 2013; PEREIRA et al., 2013). A baixa taxa de transferência neonatal deste

estudo pode ser decorrente do respeito à evolução fisiológica do trabalho de parto e parto evidenciado pela baixa utilização de intervenções.

Chama atenção que a maioria das mulheres que necessitam de transferência optam por ser atendida em clínica/hospital por meio de convênio de saúde ou por atendimento particular, sendo que o percentual é maior do que o encontrado em outro estudo (54,5%) (KOETTKER; BRUGGEMANN; DUFLOTH, 2013). Essa escolha pode estar relacionada ao fato de o preconceito e a discriminação poderem ser menores no setor privado já que muitas vezes a mulher chama o médico que atendeu no pré-natal para atendê-la no hospital ou aquele que acompanhava a mulher no domicílio continua o atendimento na instituição.

Outro achado que merece destaque é a taxa de cesárea do total das mulheres que iniciou o trabalho de parto no domicílio (9,0%), muito abaixo da realidade brasileira em que 56,7% das mulheres são submetidas a essa intervenção (85% no serviço privado e 40% no serviço público) (BRASIL, 2016) e também entre as mulheres de risco obstétrico habitual (45,5%), investigadas em estudo multicêntrico brasileiro (LEAL et al., 2014). Essas elevadas taxas podem estar influenciando na escolha da mulher em parir no domicílio, uma vez que a chance de ter um parto normal nesse não é maior. Em outros países, a taxa de cesárea nas mulheres que optaram pelo ambiente domiciliar países é ainda menor do que a do estudo atual (de 2,6% a 5,4%), sendo semelhante a taxa de cesárea hospitalar (de 10,0% a 14,9%) (BECG, 2011; DAVIS et al., 2011; HOMER et al., 2014; CHEYNEY et al., 2014; CATLING-PAULL et al., 2013).

Outro dado relevante é que neste estudo, cerca de 80% das mulheres com cesárea prévia pariram no domicílio, percentual maior do que outro estudo brasileiro (55,5%) (KOETTKER et al., 2012), mas congruente com taxas internacionais que variam de 57% a 94% (KENNARE et al., 2009; CHEYNEY et al., 2014). Estudo realizado na Inglaterra também apontou que a chance da mulher ter um parto vaginal após cesárea é maior no domicílio do que no hospital (RR 1,15, IC 95%: 1,06-1,24) sem aumento de risco materno (ROWE et al., 2016). Em um estudo realizado em CPN 1,8% das mulheres com cesárea prévia pariram nesse local de nascimento (SILVA et al., 2013).

No Brasil inexistente um protocolo para o atendimento no domicílio, assim as Equipes decidem, de forma autônoma, incluir ou não mulheres com cesárea prévia e o intervalo interpartal no seu protocolo de atendimento. Os profissionais estão atendendo o desejo das mulheres que buscam o PDP para fugir da conduta obstétrica que muitas vezes ainda considera a necessidade de repetir esse procedimento – “Uma vez

cesárea, sempre cesárea” nas instituições brasileiras. Na pesquisa Nacer no Brasil, somente 14,8% das mulheres com cesárea prévia, tiveram parto vaginal (DOMINGUES et al., 2014).

A maior limitação do estudo é o fato da amostra não ser representativa da população de mulheres assistidas no domicílio no Brasil de forma planejada. O sistema de registro dos nascimentos não diferencia se os partos que ocorrem em ambiente domiciliar foram ou não planejados, impossibilitando o cálculo da amostra. Assim, o estudo não tem poder amostral para discorrer sobre a segurança do PDP, apenas descrever como acontece as práticas obstétricas nesse local de parto.

Além disso, pode ter um viés de coleta de dados, pois a participação dos profissionais no estudo foi realizada de forma voluntária, com o uso da técnica de bola de neve, gerando a inclusão de profissionais de uma mesma rede social. Acrescido a isso, houve uma baixa participação das obstetrias, que foram as que mais declinaram em participar da pesquisa. Por fim, também não se pode ter absoluta certeza de que todos os atendimentos realizados pelos profissionais cadastrados, no período estudado, foram incluídos no banco de dados, ocasionando um viés de informação.

CONCLUSÕES

Embora sem poder amostral, este é primeiro estudo descritivo com coleta prospectiva dos dados de atendimentos ao parto realizados no domicílio, de forma planejada, durante o período de um ano, contando com a participação de 49 profissionais qualificados para a assistência ao parto, representando 36 equipes de atendimento ao PDP que atendem ao PDP nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil.

O estudo mostra que uma clientela bastante diferenciada busca parir no domicílio, sendo mulheres com elevada escolaridade e grande número de consultas de pré-natal, ou seja, se trata de uma população que não é comparável com atendida nos hospitais brasileiros e nos CPN, dificultando a discussão dos achados. Também é diferente das analisadas nos realizados outros países em que a assistência no domicílio faz parte dos serviços de saúde.

Por ser uma população que busca o atendimento não-intervencionista pode-se afirmar que as mulheres assistidas nesse local, por profissionais qualificados, conforme a OMS, estão recebendo uma assistência que é congruente com as evidências científicas e com os

principais achados dos estudos publicados internacionalmente de base populacional, onde a prática domiciliar está amplamente amparada nas políticas públicas.

No domicílio as mulheres vivenciaram altas taxas de parto normal, com liberdade de escolha de posição de parto, incluindo a possibilidade do parto na água, e poucas intervenções durante o trabalho de parto e parto, e baixa taxa de transferência antes e após o parto. Apesar disso, a realização de algumas intervenções como a Manobra de Kristeller e utilização de ocitocina contrariam as evidências científicas e podem colocar em risco a saúde materna e/ou neonatal. A falta de um protocolo padronizado nacionalmente poderia melhor guiar os profissionais, por outro lado poderia restringir a autonomia exercida no ambiente domiciliar.

Destaca-se a baixa taxa de cesárea na amostra estudada assim como o elevado número de mulheres com cesárea prévia que tiveram parto normal, uma vez que a realidade hospitalar mostra altas taxas de cesárea e de repetição dessa cirurgia.

A pequena amostra estudada, não representativa da população, impossibilitou gerar indicadores de saúde maternos e neonatais e discorrer sobre a segurança desse local de parto. Além disso, possui potencial viés de coleta de dados e de seleção de mulheres. Entretanto, até o momento é o maior estudo descritivo prospectivo realizado sobre PDP no Brasil.

Considera-se imprescindível que se realizem outras investigações no Brasil para melhor avaliar a segurança materna e neonatal dos partos assistidos no domicílio.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, E.M. Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas. 2009. 99f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP; Rio de Janeiro: Ministério da Saúde – Fiocruz, 2009.

AZEVEDO, L.G.F. Estratégias de luta das enfermeiras obstétricas para manter o modelo desmedicalizado na casa de parto David Capistrano Filho. 2008. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos, **Coleção de Leis da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretriz Nacional de assistência ao parto normal. Relatório de recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BECG. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. **BMJ**. nov. 2011. doi: 10.1136/bmj.d7400. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7400>>. Acesso em: 18 mar. 2012.

BLIX, E. et al. Transfer to hospital in planned home births: a systematic review. **BMC Pregnancy Childbirth**, 2014. doi: 10.1186/1471-2393-14-179. Disponível em: <<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-179>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

BLIX, E. et al. Transfer to hospital in planned home births in four Nordic countries – a prospective cohort study. **Acta Obst & Gynecol Scand**, v. 95, n 4, p. 420-8, 2016. doi: 10.1111/aogs.12858. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12858/abstract>. Acesso em: 20 jul. 2016.

CATLING-PAUL, C. et al. Publicly funded homebirth in Austrália: a review of maternal and neonatal outcomes over 6 years. **Medical Journal of Australia**, v. 198, n. 11, p. 616-20, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23919710>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

CHENG, Y.W. et al. Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States. **AJOG**, v. 209, **Am J Obstet Gynecol**. n. 325, p. 1-8, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23791564>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

CHEYNEY, M. et al. Outcomes of care for 16.924 planned home births in United States: the midwives alliance of North America statistic project, 2004 to 2009. **J Midwifery Womens Health**, p. 17-27, 2014. Disponível em: >. Acesso em: 21 mar. 2015.

COLACIOPPO, P.M. et al. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Referência**. Coimbra, v. serIII n. 2, p. 81-90, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832010000400009&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 set. 2013.

DAVIS, D. et al. Planned place of birth in New Zealand: does it affect mode of birth and intervention rates among low-risk women? **Birth**, v. 38, n. 2, p. 111-9, jun. 2011. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2010.00458.x/abstract?>>. Acesso em: 21 set. 2013.

DAVIS-FLOYD, R; FABER, M.; VRIESW, R. An Update on the Netherlands. **Midwifery Today-International Midwife**, p. 55-9, 2013. Disponível em <

https://www.researchgate.net/publication/236197639_An_update_on_the_Netherlands>. Acesso em: 10 nov. 2014

DE JONGE, A. et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low risk planned home and hospital births. **BJOG**, Leiden, v.116, n. 9, p. 1177-1184, ago. 2009.

_____. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. **BJOG**, v. 722, n. 5, p. 720-728, 2014. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25204886>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

_____. Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. **BMJ**, v. 346, p. 1-10, jun. 2013. doi: 10.1136/bmj.f3263. Disponível em < <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f3263>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

DOMINGUES, R.M.S.M., et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, p. 101-16, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017>. Acesso em: 26 abr. 2015.

ELHAMEEL, S.M.A. et al. Surgical repair versus non-surgical management of spontaneous perineal tears. **Cochrane database syst. rev.**, v. 8, 2011. Doi: 10.1002/14651858.CD008534.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008534.pub2/full>>. Acesso em: 20 jul. 2013.

FEYER, I.S.S; MONTICELLI, M.; KNOBEL, R. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 17, n. 2, p. 298-305, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000200014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 28 nov. 2014.

FRANK, T.C.; PELLOSO, S.M. A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 22-29, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 set. 2013.

GRUNEBAUM, A. et al. Perinatal risks of planned home births in the United States. **Am. j. obstet. gynecol.**, p. 3250-2, 2014. Doi: 10.1016/j.ajog.2014.10.021. Disponível em: <[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(14\)01063-1/pdfSummary](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(14)01063-1/pdfSummary)>. Acesso em: 21 mar. 2015.

HALFDANSDOTTIR, B. et al. Outcome of planned home and hospital births among low-risk women in Iceland in 2005–2009: a retrospective cohort study. **Birth**, v. 42, n.1, p. 16-26, mar. 2015. Disponível em: <http://cfpcwp.com/MCDG/wp-content/uploads/2015/01/Home-Birth-Iceland-birt12150.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2016.

HIRAIZUMI, Y.; SUZUKI, S. Perinatal outcomes of low-risk planned home and hospital births under midwife-led care in Japan. **J. Obst. Gynaecol**, v. 39, n. 11. P. 1500-04, nov. 2013. Doi: 10.1111/jog12094. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23855717>>. Acesso em: 30 jan. 2014.

HOMER, C.S. et al. Birthplace in New South Wales, Australia: an analysis of perinatal outcomes using routinely collected data. **BioMed Central**, p. 1-12, 2014. Disponível em <<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-206>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

KATAOKA, Y; ETO, H.; LIDA, M. Outcomes of independence midwifery births centres and home birth: A retrospective cohort study in Japan. **Midwifery**, v. 29, n. 8, p. 965-72. Disponível em: <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(13\)00008-9/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(13)00008-9/abstract)>. Acesso em: 23 nov. 2014.

KENNARE, R.M. et al. Planned home and hospital births in South Australia, 1991-2006: differences in outcomes. **MJA**, v. 192, n. 2, p. 76-80, 2009. Disponível em: <<https://www.mja.com.au/journal/2010/192/12/planned-home-and-hospital-births-south-australia-1991-2006-differences-outcomes>>. Acesso em: 21 set. 2013.

KOETTKER, J.G. **Parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras**. 2010. 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

KOETTKER, J.G. et al. Comparação de resultados obstétricos e neonatais entre primíparas e múltiparas assistidas no domicílio. **Ciência y enfermería**, v. 2, p. 113-125, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v21n2/art_11.pdf>. Acesso em: jan. 2016.

KOETTKER, J.G. et al, Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 747-50, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012005000051&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 set. 2013.

KOETTKER, J.G.; BRUGGEMANN, O.M.; DUFLOTH, R.M. Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.47, n.1, p. 15-21, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000100002&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 set. 2013.

LEAL, M.C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 17-47, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015

LESSA, H.F. et al. Informação para opção pelo parto domiciliar planejado: um direito de escolha das mulheres. **Texto & contexto enferm.**, v. 23, n. 3, p. 665-72, 2014. Doi: doi.org/10.1590/0104-07072014000930013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00665.pdf> Acesso em: 05 jan. 2015.

MACDORMAN, M.F. et al. Trends and characteristics of home vaginal birth after cesarean delivery in the United States and selected states. **ACOG**, v. 119 n. 4, p. 737-44, abr. 2012. doi: 10.1097/AOG.Ob113e318224bb050

MEDEIROS, R. M. K.; SANTOS, I. M. M.; SILVA, L. R. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 765-772, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a22.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2013.

NOVE, A.; BERRINGTON, A.; MATTHEWS, Z. Comparing the odds of postpartum haemorrhage in planned home birth against planned hospital birth: results of an observational study of over 500,000 maternities in the UK. **BMC Pregnancy & Childbirth**, v.12, n. 130, Nov. 2012. doi: 10.1186/1471-2393-12-130. Disponível em <<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-12-130>>. Acesso em: 19 dec. 2013.

PEREIRA, A.L.F. et al. Resultados maternos e neonatais da assistência em casa de parto no município do Rio de Janeiro. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v.17, n.1, p. 17-23, 2013, jan –mar. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/03.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidência para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROWE, R. et al. Maternal and perinatal outcomes in women planning vaginal birth after caesarean (VBAC) at home in England: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study. **BJOG**, 2016; v. 123, p. 1123 – 32. Doi: 10.1111/1471-0528.13546. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26213223>. Acesso em: 10 jul. 2016.

SANFELICE, C.F.O. et al. From institutionalized birth to home birth. **Rev Rene**, v. 15, n. 2, p. 362-70, 2014. Doi: 10.15253/2175-6783.2014000200022. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1561/pdf>> Acesso em: 15 mar. 2015.

SANFELICE, C.F.O.; SHIMO, A.K.K. Parto domiciliar: avanço ou retrocesso? **Rev Gaúcha Enferm**, v. 35, n. 1, p. 157-60, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.41356>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

SCHEIDT, T.R.; BRÜGGEMANN, O.M. Parto na água em uma maternidade do setor suplementar de saúde de Santa Catarina: estudo transversal. **Texto & contexto enferm.**, p.25, n.2, 2016. doi: 10.1590/0104-07072016002180015. Disponível em: file:///C:/doutorado/outras%20referencias/2016/tania%20parto%20na%20agua.pdf. Acesso em: 30 jun. 2016.

SCHNECK, C.A. et al. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. **Rev. saúde pública**, v.46, n.1, p. 77-86, 2012. doi: 10.1590/S0034-89102012000100010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 20 jun 2016.

SEIJMONBERGER-SCHERMERS, A.E., et al. Nonsuturing or skin adhesives versus suturing of the perineal skin after childbirth: A Systematic Review. **Birth**, p. 42, n. 2, p. 100-15, 2015. doi: 10.1111/birt.12166

SILVA, F.M.B. et al. Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v.47, n.5, p. 1031-8, 2013. doi: 10.1590/S0080-623420130000500004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-623420130000501031&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en. Acesso em: 20 jul. 2016

SMITH, L.A. et al. Incidence of an risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. **BMC Pregnancy Childbirth**, 2013. doi: 10.1186/1471-2393-13-59. Disponível em: <<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-59>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

VAN DER KOOY, J. et al. Planned home compared with planned hospital births in The Netherlands. **Obstet Gynecol**, v. 118, n. 5, p. 1037-46, 2011. Disponível em: <<http://journals.lww.com/greenjournal/pages/articleviewer.aspx?year=2011&issue=11000&article=00011&type=abstract>>. Acesso em: 21 set. 2013.

VEDAM, S. et al. The Canadian birth place study: examining maternity care provider attitudes and interprofessional conflict around planned home birth. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 14, n. 353, 2014. DOI: 10.1186/1471-2393-14-353. Disponível em: <<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-353>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

VOGT, S.E. et al. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. saúde pública.**, v.27, n.9, p.1789-1800, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n9/12.pdf>. Acesso em 10 ago. 2016.

WHO. Safe motherhood. **Care in normal birth**: a practical guide. Geneva. World Health Organization, 1996.

_____. **Making pregnancy safer**: the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva. World Health Organization, 2004.

5.2 MANUSCRITO 2 – POR QUE ALGUNS PROFISSIONAIS DE SAÚDE OPTAM PELA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO DOMICÍLIO?

POR QUE ALGUNS PROFISSIONAIS DE SAÚDE OPTAM PELA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO DOMICÍLIO?⁷

*Joyce Green Koettker⁸
Odaléa Maria Bruggemann⁹*

RESUMO

Pesquisa qualitativa exploratório-descritiva, objetivou investigar as razões que impulsionam os profissionais de saúde assistir ao parto no domicílio de forma planejada. Os dados foram coletados, através de entrevistas realizadas com 11 enfermeiros obstetras, cinco médicos, e uma obstetritz que assistem ao parto nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil, de março a agosto de 2015. A organização e a codificação das informações foram realizadas no programa computacional ATLAS.ti – versão 7, sendo analisadas através da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados são apresentados em cinco categorias: Desejo das mulheres pelo parto domiciliar; Apoio e incentivo de colegas; Insatisfação com o modelo obstétrico hospitalar brasileiro; Busca por autonomia e valorização profissional; Ter vivenciado o próprio parto no domicílio. A principal razão foi a solicitação de mulheres. Para superação de dúvidas e in experiência do atendimento nesse contexto, foi importante contar com o apoio dos colegas que já prestavam esse tipo de serviço, apresentando subsídios a um primeiro atendimento. A insatisfação com o modelo

⁷ Este manuscrito faz parte da Tese de Doutorado “Parto domiciliar planejado assistido por profissional qualificado nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil”.

⁸ Enfermeira obstétrica da Equipe Hanami – O Florescer da Vida – Parto Domiciliar Planejado. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Grupo de Pesquisa na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR). E-mail: joycegreen@yahoo.com.br

⁹ Doutora em Tocoginecologia. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFSC. Pesquisadora CNPq. Vice-líder do GRUPESMUR. E-mail: odalea@ccs.ufsc.br

hospitalar impulsionou os profissionais a procurarem um contexto que permitisse empoderamento da mulher, respeito à fisiologia parturitiva, e autonomia e valorização profissional.

Descritores: Parto domiciliar; Parto humanizado; Enfermagem obstétrica; Pesquisa qualitativa.

INTRODUÇÃO

No Brasil, assim como no mundo, há um crescente número de mulheres que buscam o resgate da sua autonomia e do seu protagonismo no momento do parto. Nesse movimento, percebe-se o aumento na procura pelo atendimento ao parto no domicílio de forma planejada atendido por profissional da saúde (LANCET, 2010; MACDORMAN, DECLERCQ, MATHEWS, 2011; CHENG et al., 2013; CHEYNEY et al., 2014).

Espelhando-se nas mulheres de outros países, algumas mulheres brasileiras passaram a optar pelo domicílio para vivenciar o parto e o nascimento de seus filhos, sendo que entre as principais razões dessa escolha estão: a diminuição das intervenções obstétricas e da medicalização do parto, a assistência individualizada, a possibilidade de participarem ativamente da experiência do processo de nascimento, o desejo de ter respeitadas suas crenças, valores e privacidade, a realização do contato pele a pele precoce e contínuo com o Recém-Nascido (RN) e a oportunidade da presença de mais de um acompanhante. Outra razão dessa escolha é a tentativa de evitar uma cesariana desnecessária, uma vez que no Brasil, há um alarmante crescimento dos nascimentos via cirúrgica (MEDEIROS, SANTOS, SILVA, 2008; FRANK, PELLOSO, 2013; AZEVEDO, 2008; LESSA et al., 2014; SANFELICE, SHIMO, 2014; SANFELICE et al., 2014; LEAL et al., 2014).

O Parto Domiciliar Planejado (PDP) é entendido como a assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, no ambiente domiciliar, realizado por profissional qualificado e registrado em Conselho de Classe, de livre escolha da mulher. O atendimento segue um protocolo que define as ações a serem desenvolvidas em cada etapa do processo do nascimento. Na necessidade de transferência, é importante garantir uma rede de suporte para a assistência hospitalar (KOETTKER, 2010).

A partir dos atendimentos no domicílio, advêm diversos estudos, principalmente internacionais, que de maneira geral revelam que nesse local há menores taxas de intervenções obstétricas (como realização de episiotomia, amniotomia e cesárea, uso de vácuo ou fórceps, indução ou condução do trabalho de parto, entre outras) e, na maioria, os resultados maternos e neonatais são similares aos do hospital (OLSEN, CLAUSEN, 2012; HUTTON, REITSMA, KAUFMAN, 2009; DE JONGE et al., 2009; JANSSEN et al., 2009; COLACIOPPO et al., 2010; KOETTKER et al., 2012; HOMER et al., 2014; DE JONGE et al., 2013).

Além dos resultados quantitativos desse tipo de atendimento, os estudos qualitativos têm investigado diversos temas, entre eles as razões pelas quais as mulheres escolhem parir nesse ambiente (MAHDI, HABIB, 2010; VAN HAAREN-TEN et al., 2012; MURRAY-DAVIS et al., 2012), a satisfação da mulher com o parto nesse contexto (JOHNSON et al., 2007; CHRISTIAENS, BRACKE, 2009; WIEGERS, 2009; DAHLEN et al., 2010; CALVETTE et al., 2011; JOUHKI, 2012) e compreensão e percepção dos companheiros das mulheres que optam pelo parto domiciliar (BEDWELL et al., 2011; LINDGREN, ERLANDSSON, 2011; CALVETTE et al., 2011; JOUHKE, SOUMINEN, ASTEDT-KURKI, 2014; MELO, 2015).

No Brasil, principalmente nas últimas duas décadas, as pesquisas qualitativas revelam vivências positivas das mulheres assistidas no domicílio (KRUNO, BONILHA, 2004; CECAGNO, ALMEIDA, 2004; MEDEIROS, SANTOS, SILVA, 2008; LESSA et al., 2014). Entretanto, estudos nacionais que envolvem a prática dos profissionais qualificados que prestam assistência no domicílio são escassos. Existem apenas alguns relatos de experiência sobre o atendimento nesse contexto (DAVIM, MENEZES, 2001; SANFELICE et al., 2014) e pesquisas qualitativas que buscam compreender a percepção dos profissionais sobre esse tipo de atendimento (FRANK; PELLOSO, 2013), refletir sobre o papel do enfermeiro obstetra no PDP (MARTINS; ALMEIDA; MATTOS, 2012) ou explorar as motivações de enfermeiros obstetras para o início dessa prática no contexto domiciliar (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2014).

O relato sobre a vivência de um grupo de enfermeiras obstetras que atuavam em hospitais e passaram a atender ao parto no domicílio, destaca que as motivações para essa mudança foram a experiência negativa no hospital e o convívio com a violência obstétrica. No entanto, consideram que a perseguição e o preconceito dos profissionais de saúde

e da sociedade em relação ao PDP são desafios ainda enfrentados (SANFELICE et al., 2014).

No entanto, ainda são poucas as investigações que abordam por que os profissionais qualificados passam a atender as mulheres no domicílio, fora do contexto hospitalar hegemônico brasileiro, e quais são os aspectos relacionados com essa mudança de local de assistência, considerando que a formação universitária da maioria deles foi realizada em instituições hospitalares.

Em decorrência da escassez de publicações acerca dessa temática, da crescente procura das mulheres pelo PDP e da necessidade de conhecer os aspectos que envolvem essa tomada de decisão profissional, esta pesquisa objetivou investigar as razões que impulsionam os profissionais de saúde a assistir ao parto no domicílio de forma planejada.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritiva que está inserida num macroprojeto de abordagem mista (quantitativa e qualitativa), no qual a primeira etapa foi a coleta de dados quantitativos realizada com profissionais das Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil que prestavam assistência ao parto no domicílio. A partir dessa etapa foram identificados e convidados 11 enfermeiros obstetras, uma obstetriz e cinco médicos, para serem entrevistados nesta etapa com abordagem qualitativa. Esse número de informantes foi estabelecido durante um processo contínuo de análise dos dados, pela saturação dos mesmos, que ocorreu quando os dados de uma nova entrevista acrescentariam poucos elementos para a discussão (FONTANELLA et al., 2011).

Os critérios de inclusão dos participantes foram: possuir formação de nível superior completo; ter registro no Conselho de Classe; ser habilitado legalmente para o atendimento ao parto normal, de acordo com a Lei do Exercício Profissional; e prestar assistência no domicílio há pelo menos um ano.

Os profissionais foram incluídos gradativamente, sendo convidado um de cada Região do Brasil envolvida na etapa quantitativa, objetivando contemplar as particularidades de cada uma delas. Os informantes foram convidados mediante contato telefônico, rede sociais ou via e-mail pela pesquisadora principal.

Os dados foram coletados através de entrevistas com os profissionais elegíveis para o estudo, utilizando-se de um roteiro semiestruturado. As entrevistas aconteceram de março a agosto de 2015, de forma presencial e por *Skype*, todas foram gravadas, transcritas integralmente, lidas e revisadas pela própria pesquisadora e, posteriormente, inseridas no programa computacional ATLAS.ti – versão 7.0 (FRIESE, 2012), sendo esse um programa CAQDAS (*Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software*), no qual facilita a possibilita a organização e a codificação das informações coletadas e análise dos dados qualitativos (LAGE, 2011; FRIESE, 2012).

A análise dos dados foi realizada segundo a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011) que tem, como objetivo, a descoberta dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique algo para o objetivo proposto. A análise foi realizada em três etapas: pré-análise; exploração do material ou codificação; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

Na **pré-análise** foi realizada leitura exaustiva do material, formulação de hipóteses, objetivos e indicadores (BARDIN, 2011). A operacionalização dessa etapa, através do ATLAS.ti 7.0, deu-se com a construção de um projeto denominado Unidade Hermenêutica (*hermeneutic unit*) pelo próprio programa (FRIESE, 2012). Neste estudo a unidade hermenêutica é o conjunto das 17 entrevistas. Cada entrevista foi inserida no ATLAS.ti 7.0 como um documento primário (*primary documents*). Na sequência foi feita a edição ou o recorte dos trechos relevantes das entrevistas (*quotations*), segundo os objetivos do estudo.

Na **exploração do material** identificou-se os códigos, relacionando-os aos depoimentos com mesmo sentido (BARDIN, 2011). Os códigos são os nomes adotados para as ideias, que podem tanto ser palavras, cujo sentido pode ultrapassar o significado semântico, ou, como é característico da análise de conteúdo, temas. Nessa etapa, a função do ATLAS.ti 7.0 é auxiliar na codificação (*codes*) dos trechos dos depoimentos (*quotations*) em unidades temáticas de significado semelhante (*families*).

A etapa de **tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação**, consiste no tratamento dos dados de modo que os mesmos se tornem significativos e válidos (BARDIN, 2011). Nessa etapa, as ferramentas do ATLAS.ti 7.0 possibilitaram a construção de diagramas, figuras e modelos que destacaram as informações obtidas.

Todos os aspectos que envolvem a pesquisa estão de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). O

protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por meio da Plataforma Brasil e obteve aprovação no dia 10 novembro de 2014 sob o parecer 865.451 e CAAE número 33727314.2.0000.0121. A autorização para utilização dos dados dos profissionais de saúde foi mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para garantir o anonimato, todos os profissionais entrevistados foram identificados com a letra P seguida de um número sequencial, sendo que nas narrativas os nomes das mulheres foram substituídos por flores, dos profissionais por pássaros, todas as instituições de saúde foram identificadas como maternidade e as cidades e estados com a letra X.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 17 profissionais de saúde, sendo quatro da Região Nordeste, três da Região Centro-Oeste, cinco da Região Sudeste e cinco da Região Sul. A idade dos informantes variou entre 30 e 62 anos de idade (mediana de 37 anos), sendo que 15 eram do sexo feminino. Quanto ao tempo de experiência no atendimento ao parto domiciliar, 11 profissionais já atendiam de dois a cinco anos, cinco de seis até 10 anos e um há 39 anos.

A partir da análise dos dados, foram elaboradas cinco categorias que apresentam as razões que impulsionaram os profissionais a prestarem o atendimento domiciliar: I – O desejo das mulheres pelo parto domiciliar; II – O apoio e incentivo de colegas; III – A insatisfação com o modelo obstétrico hospitalar brasileiro; IV – A busca por autonomia e valorização profissional e V – Ter vivenciado o próprio parto no domicílio.

Categoria I – O desejo das mulheres pelo parto domiciliar

Os profissionais relataram que a principal razão para iniciarem o atendimento ao PDP foi a procura das mulheres em encontrar profissionais que respeitassem o desejo delas: *foi a demanda das mulheres [...] eu já entendia perfeitamente o valor que tem o atendimento baseado em evidências, humanizado com respeito às escolhas, eu entendia isso, e aí quando a mulher queria escolher o local de parto, eu falava: eu não posso ir contra uma escolha do local de parto, porque senão vou tá sendo contraditória* (P6). Além disso, segundo os profissionais, as mulheres que desejam parir no domicílio, sentem-se mais seguras nesse ambiente: [...] *algumas mulheres que vão*

se sentir mais seguras e melhor em casa, e que realmente não tem nenhuma contraindicação para elas não poderem serem atendidas em casa e aí fica bom (P2).

As mulheres que optam pelo parto domiciliar acreditam que esse é o local apropriado para o parto e nascimento (FEYER; MONTICELLI; KNOBEL, 2013). A maioria das mulheres tem fácil acesso à informação sobre a possibilidade de parir no domicílio, seja por meio de sites, blogs, e redes sociais que divulgam relatos de experiência de mulheres que optaram por esse local (LESSA et al., 2014; FEYER, MONTICELLI, KNOBEL, 2013). Essas informações impulsionam as mulheres a buscar o acompanhamento do parto no domicílio de forma planejada e com profissional qualificado e de sua confiança: *[...] aí um dia uma paciente chegou para mim e falou assim: “é, poxa deixa eu parir em casa, eu recebo bronca porque eu chego parindo nos hospitais” [...] E aí ela me chamou para ir no parto dela (em casa), na verdade eu fui intimada por ela (P12). [...] foi a Rosa, que foi bater lá em casa, então eu pensei: já que está pedindo, talvez seja a minha função e eu vou, né?! (P4).*

O respeito à opção da mulher pelo parto domiciliar também foi a principal razão relatada pelos profissionais em estudo australiano que abordou opiniões de diferentes profissionais da saúde (obstetizes, médicos obstetras e enfermeiras da saúde da família e da criança) que atuam nesse local (HOANG et al., 2013).

Embora alguns profissionais tenham dito que o ambiente hospitalar é mais “confortável” e que se sentiam inseguros e com medo de atuar fora desse contexto, esses não foram fatores impeditivos para atuarem no domicílio: *[...] para mim enquanto profissional é muito mais confortável no hospital [...] (P2). [...] elas que me solicitavam muito e eu não me sentia segura, eu tinha medo, exatamente por um desconhecimento dos detalhes (P7).*

A solicitação das mulheres gerou a necessidade de que os profissionais de saúde aderissem ao atendimento ao parto no domicílio, fazendo com que superassem a insegurança e inexperiência com essa modalidade de atendimento. Em contrapartida, alguns profissionais relataram que no ambiente domiciliar se sentem seguros para o atendimento haja vista as dificuldades encontradas na realidade hospitalar: *[...] o atendimento de algumas urgências em casa, eu acho mais rápido que no hospital [...] no hospital tem que tirar a luva, prescrever, tem que entregar para enfermeira, a enfermeira vai na farmácia, pega o remédio, prepara, volta para aplicar, [...] no domicílio*

eu tô ali do lado, a ocitocina tá às vezes até preparada se eu já tô prevendo que vai ter alguma coisa, então é muito mais rápido (P6).

O aprimoramento da segurança ao atendimento à mulher e ao RN nos partos assistidos no ambiente domiciliar tem sido objeto de estudo em diversos países (VEDAM et al., 2014a; VEDAM et al., 2014b; COOK, AVERY, FRISVOLD, 2014). No Brasil, a segurança da assistência nesse contexto está intimamente ligada à inserção e ao acompanhamento de gestantes de risco habitual, à qualidade da assistência obstétrica, à redução de intervenções, além de dispor de materiais e equipamentos para serem utilizados no domicílio visando a estabilidade da saúde materna e/ou neonatal, ou para serem utilizados na remoção até a chegada ao hospital, e na existência de uma instituição de referência para uma transferência (FRANK; PELLOSO, 2013).

Categoria II – O apoio e incentivo de colegas

Outro coadjuvante para a decisão de iniciar o atendimento fora do ambiente hospitalar foi contar com o apoio de colegas de profissão, que motivaram, esclareceram dúvidas e até mesmo forneceram materiais e prontuário para o primeiro atendimento, formando uma rede de apoio de suma importância: *Eu lembro que eu liguei para a Corruíra e ela me respondeu: “tás esperando o que? Tipo, vá, força e coragem”. Então, quem me abriu os olhos foi o Beija-flor (equipe de atendimento ao PDP), quem abriu o mundo para esse universo todo foi o Beija-flor (P4). [...] e a partir do momento que eu fui tendo mais contato com os profissionais aqui, que eu confio muito, como o Sabiá, a Arara né, e fui participando de eventos onde eu fui escutando, ouvindo e aí conheci as enfermeiras e vi a segurança e o preparo que elas tinham para me ajudar nesse acolhimento com o bebê e aí eu me senti segura de experimentar* (P7). *[...] ai ela fez o contato meu com o casal, e eu não sabia nada, na época ela me mandou os materiais do Beija-flor para eu poder usar, eu falei eu não tenho prontuário, eu não tenho partograma para usar, ela falou “eu vou te mandar tudo que a gente usa no Beija-flor”, me mandou tudo e eu atendi esse casal* (P9).

Nesse tipo de atendimento em que os profissionais pioneiros estão motivando, ajudando e oferecendo suporte para os demais que estão começando, o apoio surge como um dos fatores determinantes. A falta de materiais, protocolos, prontuários e fluxograma para os atendimentos é um reflexo da in experiência que os profissionais têm no dia a dia, uma vez que, no Brasil, a formação profissional na área

obstétrica praticamente não aborda assuntos relacionados ao parto atendido fora do contexto hospitalar.

Esse fato também foi relatado em estudo realizado nos Estados Unidos com enfermeiras obstétricas, no qual apenas 27,2% vivenciaram o atendimento ao parto no domicílio ainda na formação. É importante destacar que as atitudes positivas acerca do contexto domiciliar, como possibilidade de local parturitivo, estão relacionadas a ter acompanhado PDP na prática clínica, ter realizado esse tipo de atendimento durante a graduação e ter assistido aos partos em centros de parto normal ou em domicílios (VEDAM et al., 2009). Resultado semelhante foi encontrado em pesquisa realizada no Canadá, com obstetras, médicos obstetras e clínicos, na qual as opiniões mais favoráveis a esse tipo de atendimento foram de profissionais que tiveram a experiência do PDP ainda na formação universitária (VEDAM et al., 2014a). Assim, é necessário rever os currículos dos Cursos de Graduação no sentido de incluir assuntos pertinentes ao tema, para que discussões sejam realizadas e, ao mesmo tempo, possibilitar que os interessados tenham alguma experiência de assistência parturitiva fora do contexto hospitalar, a fim de estarem melhor preparados para esse nicho de mercado.

Categoria III – A insatisfação com modelo obstétrico hospitalar brasileiro

Alguns informantes trabalham em contexto hospitalar e sentem-se insatisfeitos com a qualidade da atenção que é dada às mulheres, portanto, assim como as mulheres, fogem do ambiente medicalizado e intervencionista, os profissionais iniciam o atendimento no domicílio por razões similares: *Esse foi o principal motivo que me motivou a entrar no parto domiciliar, foi a violência [...] (P5). [...] pessoalmente eu acho que eu quis entrar nessa história porque, pelo o que eu já falei assim, foi o primeiro momento em que eu olhei a mulher sendo respeitada, a fisiologia sendo respeitada, o tempo da mulher sendo respeitado, acho que foi quando eu vi um parto domiciliar. [...] foi o medo dela sofrer violência obstétrica (P13).*

Assim como nos relatos desses profissionais, as mulheres buscam o parto domiciliar como possibilidade de vivenciarem um parto mais natural e menos medicalizado (LESSA et al., 2014).

Estudo de relato de experiência destacou dois motivos para que as enfermeiras obstetras optassem pelo atendimento domiciliar em detrimento ao hospitalar: a necessidade de seguir normas e rotinas instituídas, algumas vezes rígidas e sem evidências científicas e o

convívio de violência obstétrica diária contra a mulher (SANFELICE et al., 2014). Resultado semelhante foi descrito em outra pesquisa, na qual as altas taxas de intervenções e de procedimentos, muitas vezes desnecessários, enfrentados no ambiente hospitalar foram relatados como motivador para alguns enfermeiros obstetras iniciarem o atendimento no domicílio. Entretanto, cabe destacar que a experiência obtida no hospital foi apontada como primordial para a segurança no atendimento no domicílio (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2014).

A violência obstétrica brasileira foi constatada em pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, na qual 25% das mulheres sofreu algum tipo de violência no momento do parto (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010). Esse fato pode contribuir para que as mulheres procurem o domicílio como local parturitivo para que sejam atendidas com respeito nesse momento. Além disso, as mulheres que optam pelo parto domiciliar buscam resgatar o seu papel de protagonista no parto, estão descontentes com o modelo vigente (hospitalocêntrico e intervencionista) e cercam-se de informação de qualidade, e denunciam a violência obstétrica ainda presente na maioria das instituições (SANFELICE; SHMO, 2014).

Além da violência institucional, a realidade intervencionista hospitalar foi constatada em estudo americano realizado com enfermeiros obstetras, no qual a maioria admitiu que as mulheres que optam pelo parto no hospital têm mais chance de morbidades em decorrência das intervenções obstétricas vivenciadas nesse contexto (VEDAM et al., 2009).

Muitas mulheres buscam o parto domiciliar por não desejarem repetir a experiência ruim hospitalar ou a cesariana, muitas vezes desnecessária (FEYER; MONTICELLI; KNOBEL, 2013). Os profissionais verbalizaram a intenção de oferecer às mulheres e famílias um cuidado que extrapola os seguidos no modelo hospitalar, onde há respeito, humanização e é livre de violência obstétrica: *Foi a ideia de que a mulher e a criança merecem nascer de uma forma amorosa, adequada, com respeito pela mulher, pela criança, [...] (P16). [...] para eu trabalhar dentro do modelo que eu sonhava eu não podia trabalhar dentro de um hospital, tinha que ser em casa, [...] esse respeito à mulher, à fisiologia do parto, ao nascimento, a gente só consegue trabalhar cem por cento em casa. [...] a humanização que a gente busca, a humanização que a mulher busca, a gente só consegue garantir para ela esse modelo em casa (P15).*

Dessa forma, atender ao parto no domicílio possibilita aos profissionais fugir da realidade hospitalar (intervencionista e violenta) que vivenciam no seu cotidiano: [...] *não nascer no domicílio para maioria das mulheres significa não ter um parto como elas gostariam que acontecesse. [...] numa instituição, que geralmente é cheio de intervenções que ela não gostaria e que na maioria das vezes não seriam necessárias* (P1). [...] *nossa, lá em X elas são bastante violentadas assim [...] mas é muita violência que tem aqui viu, é uma coisa assim, eu fico horrorizada [...]* (P12). [...] *eu comecei a entender que a violência obstétrica também tá relacionada ao fato das pessoas acharem que têm poder sobre o corpo da mulher né, e comandarem esse corpo, e até na hora que deveria ser um momento em que ela deveria ser respeitada ao máximo, ela é violentada né?* (P13).

Para alguns profissionais entrevistados, o ambiente hospitalar, na maioria das vezes, não permite que a mulher tenha o empoderamento necessário para vivenciar plenamente o processo parturitivo. Eles consideram que no domicílio, o parto pode ser vivenciado pelas famílias como uma Celebração da Vida, contribuindo para vivenciarem de forma plena um parto e nascimento mais natural: [...] *o parto domiciliar propicia isso, propicia o significado do parto, não é o bebê só nascer pela vagina, ele tem que significar, isso que eu acho bonito no parto domiciliar, para mim é o que encanta* (P17). [...] *eu vejo o parto domiciliar com mais possibilidade de respeitar o sagrado do nascimento, esse momento sagrado da chegada do novo ser no mundo e na família, então eu acho que nada melhor do que o ambiente onde ele foi feito, né?* (P6). [...] *o parto é sim natural e que vai acontecer de forma normal [...]* (P1).

Esses aspectos foram destacados, por profissionais de saúde, em outro estudo realizado no Brasil, evidenciando que no domicílio a mulher pode tornar-se sujeito ativo do seu parto, e que a autonomia, a individualidade, e a privacidade, próprias desse ambiente, contribuem para a boa evolução do trabalho de parto e redução das intervenções, e assim proporciona à mulher a vivência de um parto mais natural e fisiológico (FRANK; PELLOSO, 2013).

A insatisfação dos profissionais com o atendimento institucional oferecido à mulher é também estendida ao RN. A possibilidade de oferecer ao neonato uma assistência humanizada, respeitosa, livre de intervenções, na qual o exame físico é postergado e que o contato pele a pele, a amamentação precoce e a relação de apego do binômio são priorizados, passou a ser também uma das motivações dos profissionais: *No caso os cuidados com o neném também, no hospital tem toda aquela*

coisa, entrega para o pediatra, tem que ser campo limpo, põe no bercinho [...] em casa que tá tudo ali do lado (P6). Então cada vez que eu estou ali num parto é como se fosse um momento único da minha vida, imagine então da criança que tá nascendo naquele momento (P16). Alguns profissionais referiram que poder oferecer ao RN essa chegada mais respeitosa passou e ser o grande motivador para continuar prestando a assistência no domicílio: O que me motiva hoje são os bebês, os bebês me dão cada vez mais a certeza de que há muito mais coisas entre o céu e a terra do que a minha vã filosofia pode nos dizer, os bebês eles são para além dessa terra, eu acho que eles têm uma conexão muito grande com o universo [...] (P17).

A possibilidade do atendimento respeitoso ao RN, relatada pelos profissionais de saúde, neste estudo, e nas entrevistas de outras pesquisas, foi uma das razões que levaram as mulheres a buscar o domicílio como local parturitivo (FEYER, MONTICELLI, KNOBEL, 2013; LESSA et al., 2014).

Diferente da assistência obstétrica e neonatal intervencionista, e muitas vezes violenta, prestada em algumas instituições, os profissionais de saúde relataram que o domicílio pode ser um local para oferecer à mulher e ao RN assistência humanizada e respeitosa, baseada em evidência científica atualizada, livre de intervenções e de práticas e rotinas rígidas. Além disso, esse ambiente possibilita o respeito aos desejos da mulher e família no momento do parto e do nascimento, e de atendimento que busca o respeito a fisiologia do processo de parto, singular de cada mulher.

Categoria IV – A busca por autonomia e valorização profissional

A autonomia e valorização profissional também foram razões apontadas para iniciar o atendimento ao parto no domicílio. Nos relatos dos informantes observou-se que, de acordo com a formação profissional, existe uma certa diferença entre a autonomia dos enfermeiros obstetras e a dos médicos.

De forma geral os enfermeiros buscam autonomia para o acompanhamento ao trabalho de parto e parto, que muitas vezes é cerceada na maioria das instituições hospitalares: [...] *em nenhum outro lugar a gente teria essa autonomia que a gente tem, esse respeito pelo nosso trabalho, valorização, tanto das colegas quanto das famílias que a gente atende (P1). [...] a nossa autonomia enquanto enfermeira, do poder de tomada de decisão junto com o casal [...] o que vejo no parto*

domiciliar é uma possibilidade de praticar a enfermagem com segurança, com autonomia [...] (P3).

Além disso, no domicílio existe a possibilidade de prestar assistência embasada em evidências científicas, sem interferência de outros profissionais que muitas vezes possuem condutas rotineiras baseadas apenas na sua experiência prática: *É, realmente eu vejo que é uma atuação que eu tenho autonomia, isso também para mim é super válido, sabe? De eu poder tá ali fazendo do jeito que eu gosto, do que eu acredito, no domicílio eu tenho condições disso [...] (P11). Então em casa a gente tem essa autonomia, de avaliar tudo ali e ver se é necessário ou não. [...] a gente tem muito mais facilidade de colocar em prática nossa autonomia como profissional, a gente não sofre pressão de terceiros [...] (15). Fora que no parto domiciliar eu consigo trabalhar realmente seguindo a prática baseada em evidências científicas, que eu não consigo fazer no hospital. O que a gente faz no hospital é um décimo do que a gente consegue fazer em casa (P13).*

No contexto hospitalar, muitas vezes o enfermeiro obstetra tem sua autonomia comprometida com a inserção de outros profissionais envolvidos no processo: *Dentro da instituição você tem que ficar vigiando, muitas vezes você esconde a mulher de baixo do chuveiro, para não ter ninguém indo atrás tentando apressar [...] entrar na minha frente e fazer uma episio (P5). [...] eu que sou enfermeira obstetra por exemplo, é uma autonomia muito grande né? [...] você não tem ninguém te dizendo, faça assim ou faça assado, eu já nem sei o que é isso, já são tantos anos que eu já nem consigo mais (P4).*

A hegemonia médica de atendimento obstétrico brasileiro pode ser constatada nos dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006, na qual quase todos os partos foram atendidos por médicos (88,7%), chegando a 97,2% na Região Sul, sendo que a assistência prestada por enfermeiro foi mais frequente nas Regiões Norte (20,6%) e Nordeste (13,8) do que nas Regiões Sul (2,6%) e Sudeste (4%) (BRASIL, 2008). Dados mais recentes da Pesquisa Nascer no Brasil apontam que apenas 15% dos partos foram atendidos por enfermeiros obstetras e/ou obstetras, entretanto, nesses partos as boas práticas foram utilizadas com mais frequência do que as intervenções (LEAL et al., 2014).

Diferente do contexto brasileiro, em muitos países o enfermeiro obstetra ou a obstetrix realiza rotineiramente o acompanhamento do trabalho de parto e do parto. A assistência prestada por esses profissionais, divulgada em revisão publicada na biblioteca *Cochrane*, inclui menos intervenções como analgesia, episiotomia e parto

instrumental. Além disso, as mulheres assistidas relataram estarem mais no controle do trabalho de parto e os seus RN permaneceram internados por menor tempo. A revisão conclui que deve ser oferecido a toda mulher o modelo centrado no atendimento realizado por enfermeiro obstetra ou obstetriz (HATTEN et al., 2009). Essa revisão foi atualizada em 2015 e obteve os mesmos resultados (SANDAL et al., 2015).

Em contrapartida, nos relatos dos médicos a autonomia está relacionada com as vantagens do ambiente domiciliar, uma vez que ele não precisa seguir os padrões estabelecidos nas instituições de saúde, com liberdade de conduzir a assistência respeitando as necessidades de cada mulher e apenas realizando intervenções quando necessárias e baseadas em evidências científicas, sem influência de outros profissionais: [...] *tem menos pressão também de outros profissionais [...] tem que liberar o leito [...] partos mais prolongados eu ficava pensando: nossa se essa mulher tivesse no hospital eu já tinha feito alguma outra intervenção há muito tempo [...] no hospital já gera aquele clima, que tem que levar para sala, o pediatra fica do lado esperando, [...] é muita pressão [...] vira cesárea [...] faz uma episio desnecessária [...] esse ambiente hospitalar realmente favorece muitas intervenções [...] Em casa não!* (P6). [...] *essas pressões que em casa não têm, têm outras né, mas essas pressões hospitalares não têm* (P2).

Assim, no ambiente domiciliar, além de os enfermeiros obstetras alcançarem a autonomia para prestar a assistência ao trabalho de parto e ao parto de forma respeitosa e humanizada, foi reveladora a possibilidade de os médicos atuarem com autonomia no sentido de não sofrerem interferência nas suas condutas. Em casa, os profissionais podem oferecer às mulheres um lugar bem mais atrativo para vivenciarem seus partos e nascimento dos seus filhos sem intervenções. Dados da Pesquisa Nascer no Brasil revelaram que somente 5,0% dos trabalhos de parto e dos partos foram considerados sem intervenção, isto é, sem punção venosa com ocitocina, analgesia, amniotomia, posição de litotomia e manobra de Kristeller (LEAL et al., 2014).

O cuidado prestado no domicílio, um para um, e o apoio contínuo podem reduzir intervenções e procedimentos e assim proporcionar partos mais naturais e fisiológicos (FRANK; PELLOSO, 2013).

A possibilidade de ter autonomia para prestar assistência humanizada, respeitosa, não-intervencionista e baseada em evidências científicas, foi apontada pelos entrevistados como responsável pela satisfação profissional no atendimento no domicílio: [...] *não há dinheiro no mundo que pague a sensação de ver o rosto dessa mulher após ela dar à luz. A sensação de vitória, de aconchego, de carinho, de*

bem-estar, de gratidão, é tudo de bom o que a gente consegue observar nessa mulher e na família dela (P5). Profissionais que iniciaram o atendimento para atender o desejo da mulher passaram a descrever que o maior motivador passou a ser a sua própria satisfação: [...] *eu nem tinha tanta dimensão do tanto que era bom. Eu fui muito por causa delas e hoje eu vou muito por conta de todo esse clima bom, dessa chegada que é muito diferente, é muito mais, na minha opinião, é muito mais emotiva, muito mais forte assim sabe. Eu comparo a um vício né, essa coisa da sensação mesmo né, se é que é isso, mas a gente fala né de ficar “ocitocinado”, enfim, é muito gostoso de poder vivenciar isso né, eu acho, eu acho que é uma honra que a gente tem né [...]* (P7).

Ademais, alguns referiram que o domicílio ajuda a dar energia e força para permanecer atendendo no ambiente hospitalar, uma vez que prestam assistência nos dois ambientes: [...] *é como se fosse um bálsamo para gente que está num contexto hospitalar também com alunos, ele (o atendimento no domicílio) trata as minhas feridas [risos] que a instituição me dá* (P8).

Assim, no contexto domiciliar, os profissionais da saúde passam a atender a mulher e o RN seguindo os preceitos da humanização e baseando suas condutas nas evidências científicas, certos de estarem oferecendo à família uma experiência positiva, e encontram nesse ambiente uma grande satisfação profissional para oferecer o cuidado nessas duas grandes celebrações de vida: o parto de uma mulher e o nascimento de novo ser que, nesse contexto, se amplia para o nascimento de um pai, de uma mãe e de uma família. Motivações semelhantes foram apontadas em estudo nacional, no qual a prática baseada nos pilares da humanização e apoiadas pelas evidências científicas mereceram destaque (SANFELICE et al., 2014).

Nas falas dos entrevistados, além da satisfação profissional e das razões já relatadas, surgiu o reconhecimento de que eles passaram a fazer parte de uma militância pelo parto domiciliar e de um movimento muito maior, que é o da humanização do atendimento obstétrico: *Hoje eu tenho uma causa, eu tento a implementação do parto domiciliar pelo SUS [Sistema Único de Saúde] [...]* (P4). *Então eu acho que sei lá o que me motiva, acho que é como uma missão, uma paixão* (P7). [...] *eu não tenho mais como parar de fazer isso porque virou uma militância minha também, entendeu? Eu vi o quanto pode ser transformador [...]* e *eu tenho que continuar e a gente têm que ampliar e a gente tem que conseguir fazer a nossa casa de parto aqui, tem que conseguir ter contato com os hospitais e tá junto na luta, nacional mesmo, quer dizer mundial né* (P11).

No parto domiciliar as enfermeiras obstétricas conseguem realizar com autonomia a assistência ao parto (SANFELICE; SHIMO, 2014), sendo que algumas optam por atuar somente no domicílio motivadas pela possibilidade de terem autonomia para assistir às mulheres com qualidade, de forma humanizada e baseada em evidência científica, uma vez que não conseguiam nos hospitais (SANFELICE et al., 2014).

A busca por autonomia fora ambiente hospitalar foi relatado com uma das principais razões para que os profissionais passassem a atuar no domicílio e nesse local encontraram além da autonomia de atuação, valorização e satisfação profissional.

Categoria V – Ter vivenciado o próprio parto no domicílio

Acreditando na segurança e objetivando aproveitar as peculiaridades do contexto domiciliar, alguns profissionais que foram entrevistados optaram por esse local para vivenciarem o seu parto e o nascimento dos seus filhos. Assim, eles relataram que foi motivador a possibilidade de oferecer às mulheres essa mesma opção: [...] *quando você recebe esse tipo de cuidado [...] a gente se sente na obrigação de repassar, e que outras pessoas possam ter esse direito também* (P3). *Olha, me motiva muito a questão de que eu pari em casa e acho que é um ato de coragem muito grande a mulher optar por parir no hospital, tendo em vista tudo o que pode acontecer [...]* (P10). Em estudo americano, realizado com enfermeiras obstétricas, 32,5% delas planejaram o parto domiciliar para si mesmas em uma ou mais gestações (VEDAM et al., 2009). A intenção de obstetrizes pelo PDP foi elevada em estudo realizado no Reino Unido, sendo que numa escala de zero a dez, em média, nove optariam pelo domicílio como local para parirem e, em média, oito recomendariam para um familiar ou amiga (MCNUTT et al., 2014).

Alguns profissionais, ao relatarem que vivenciaram o seu próprio parto no domicílio, acreditam que essa prática vai além do imediatismo de uma atividade, é algo que transcende os dias atuais e a nossa sociedade, pois essa prática pode beneficiar a humanidade e assim, quem sabe, proporcionar um mundo melhor para as futuras gerações: [...] *contribuir mesmo para um mundo melhor, com pessoas sendo acolhidas de uma forma mais tranquila, com mais amor, né? De fazer um mundo melhor né, para os nossos filhos, para os nossos netos* (P7). [...] *para que a gente consiga um mundo melhor [risos]* (P10). [...] *isso pode mudar o mundo, você pode melhorar, pode ter um mundo com mais amor, com mais carinho, pessoas mais amorosas, pessoas mais*

conscientes, uma maternidade mais consciente (P11). Em outro estudo, realizado com enfermeiras obstetras, apontou que ter vivenciado o próprio parto no ambiente domiciliar foi para algumas o principal motivador para dar início ao atendimento nesse contexto (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2014).

Para os profissionais a opção de vivenciar o parto em ambiente domiciliar não esteve somente atrelado aos benefícios próprios desse ambiente, como a escolha dos profissionais que prestarão a sua assistência, a privacidade e o respeito à fisiologia do parto, mas também na crença de que vivenciando partos e nascimentos mais respeitosos poderão beneficiar a humanidade e assim, possibilitar essa mesma opção de local de parto para outras mulheres e famílias.

CONCLUSÕES

As razões que levam os profissionais de saúde a assistir ao parto no domicílio são principalmente a possibilidade de atender o desejo das mulheres, que se sentem mais seguras nesse ambiente e, embora tenham relatado inexperiência e insegurança não foram fatores que impediram o atendimento. Nesse sentido, foi imprescindível a existência de uma rede de apoio ou de colegas que já prestavam esse tipo de atendimento, principalmente, para realizarem o primeiro atendimento, uma vez que a formação acadêmica não aborda o parto e nascimento fora do contexto hospitalar.

A insatisfação com o modelo hospitalocêntrico e intervencionista, centrado na figura do médico, atrelado à violência obstétrica vivenciada pela maioria dos entrevistados, faz com que os profissionais, em especial os enfermeiros obstetras e a obstetriz busquem por autonomia e valorização fora do ambiente hospitalar obstétrico vigente, uma vez que os profissionais não-médicos têm tolhida a possibilidade de exercer as atividades assistenciais que são amparadas pela lei do exercício profissional. Para os médicos a autonomia esteve relacionada ao fato de que podem prestar assistência baseando suas condutas em evidências científicas por decisão própria e sem influências de outros profissionais presentes no cenário hospitalar. Assim, os profissionais encontram um nicho para desenvolver sua atuação em ambiente que possibilita o respeito à fisiologia do parto e nascimento, e, principalmente, com autonomia e, como consequência, encontram plena satisfação em partear.

O atendimento respeitoso e humanizado oferecido à mulher é estendido ao RN passando a ser uma das razões da escolha profissional

por esse contexto. Além disso, para alguns entrevistados, ter vivenciado o parto no domicílio, em ambiente aconchegante e seguro, foi também um incentivador para oferecer essa possibilidade a outras mulheres.

Muitos profissionais passam a fazer parte de uma militância em defesa do parto humanizado, digno, livre de violência e respeitoso, que devolve à mulher a autonomia e a sua capacidade parturitiva, e que coloca o profissional como expectador da Celebração da Vida. Dessa forma, os profissionais acreditam que propiciando esse tipo de atendimento à mulher e ao RN, poderão também favorecer um mundo melhor para as futuras gerações.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, L.G.F. **Estratégias de luta das enfermeiras obstétricas para manter o modelo desmedicalizado na casa de parto David Capistrano Filho**. 2008. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.

BEDWELL, C. et al. 'She can choose, as long as I'm happy with it': a qualitative study of expectant fathers' views of birth place. **Sex Reprod Health**. V. 2, n. 2, p. 71-5, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575610000893>>. Acesso em: 21 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 300 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos, **Coleção de Leis da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2012.

CALVETTE, M.F. et al. Planned home birth in Brazil with nurse-midwife assistance: perceptions of women and companions. **Midwifery Today Int Midwife**, n. 98, p. 55-8 68-9, 2011.

CECAGNO, S.; ALMEIDA, F.D.O. Parto domiciliar assistido por parteiras em meados do século XX numa ótica cultural. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 13, n.3, p. 409-413, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/a10v13n03.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2013.

CHENG, Y.W. et al. Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 209, n. 325, p. 1-8, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23791564>>. Acesso em: 30 nov 2014.

CHEYNEY, M. et al. Outcomes of care for 16.924 planned home births in United States: the midwives alliance of North America statistic project, 2004 to 2009. **J Midwifery Womens Health**, p. 17-27, 2014. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24479690>>. Acesso em: 21 mar. 2015.

CHRISTIAENS, W.; BRACKE, P. Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. **Midwifery Today**, Belgium, v. 25, p. 11-19, abr. 2009. Disponível em: <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(07\)00038-1/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(07)00038-1/abstract)>. Acesso em: 21 set. 2013.

COOK, E.; AVERY, M.; FRISVOLD, M. Formulating evidence-based guidelines for certified nurse-midwives and certified midwives attending home births. **J Midwifery Womens Health**, v. 59, n. 2, p. 153-9, 2014. doi: 10.1111/jmwh.12142.

COLACIOPPO, P.M. et al. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Referência.**, Coimbra, v. serIII n. 2, p. 81-90, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832010000400009&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 set. 2013.

DAHLEN, H. G. et al. The novice birthing: theorising first-time mothers' experiences of birth at home and in hospital in Australia. **Midwifery**, v. 26, n. 1, p. 53-63, fev. 2010. Disponível em: <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(08\)00020-X/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(08)00020-X/abstract)>. Acesso em: 21 set. 2013.

DAVIM, R. M. B.; MENEZES, R. M. P. Assistência ao parto normal domiciliar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n. 6, p. 62-68, nov. 2001. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000600011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 set. 2013.

DE JONGE, A. et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low risk planned home and hospital births. **BJOG**, Leiden, v.116, n. 9, p. 1177-1184, ago. 2009.

DE JONGE, A. et al. Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. **BMJ**, v. 346, p. 1-10, jun. 2013. doi: 10.1136/bmj.f3263. Disponível em <<http://www.bmj.com/content/346/bmj.f3263>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

FEYER, I.S.S; MONTICELLI, M.; KNOBEL, R. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 17, n. 2, p. 298-305, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000200014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 28 nov. 2014.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, n. 27, v. 2, p. 389-94, fev. 2011.

FRANK, T.C.; PELLOSO, S.M. A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 22-29, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 set. 2013.

FRIESE, S. **Qualitative data analysis with ATLAS.ti**. London: Sage; 2012.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Núcleo de Opinião Pública**. Gravidez, filhos e violência institucional no parto. In: Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado: pesquisa de opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo 2010.

HATEM, M et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane database syst. rev.**, v.3, p. 01-101, 2009. Doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub2

HOANG, H., et al. The commonalities and differences in health professionals' views on home birth in Tasmania, Australia: a qualitative study. **Elsevier**, v. 26, p. 55-59, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22503370>>. Acesso em: 19 jun. 2014.

HOMMER, C.S. et al. Birthplace in New South Wales, Australia: an analysis of perinatal outcomes using routinely collected data. **BioMed Central**, p. 1-12, 2014. Disponível em: <<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-206>>. Acesso em: 19 jun. 2015.

HUTTON, E.K.; REITSMA, A.H.; KAUFMAN, K. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canadá, 2003-2006: a retrospective cohort study. **Birth**, v. 36, n. 3, p. 180-9, 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2009.00322.x/pdf>>. Acesso em: 21 set. 2013.

JANSSEN, P.A. et al. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. **CMAJ**, Vancouver, v. 181, n. 6-7, p. 377-83, set. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2742137/>>. Acesso em 21 set. 2013.

JOHNSON, T.R. et al. Dutch women's perception of childbirth in the Netherlands. **MCN Am J Matern Child Nurs**, v. 32, n. 3, p. 170-177, maio/jun. 2007. Disponível em: <<http://journals.lww.com/mcnjournal/pages/articleviewer.aspx?year=2007&issue=05000&article=00010&type=abstract>>. Acesso em: 21 set. 2013.

JOUHKI, M.R. Choosing homebirth--the women's perspective. **Women Birth**, v. 25, n. 4, p. 56-61, dec. 2012. Disponível em: <[http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192\(11\)00239-3/abstract](http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192(11)00239-3/abstract)>. Acesso em: 21 set. 2013.

JOUHKI, M.R.; SUOMINEM, T.; ASTEDT-KURKI, P. Supporting and sharing-home birth: fathers' perspective. **SAGE**, v. 9, n. 5, p. 421-29, 2014. Doi: 10.1177/1557988314549413. Disponível em: <<http://jmh.sagepub.com/content/9/5/421.full>>. Acesso em: 19 fev. 2015.

KOETTKER, J.G. **Parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras**. 2010. 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

KOETTKER, J.G. et al. Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. **Rev. saúde pública**, v. 46, n. 4, p. 747-50, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012005000051&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 set. 2013.

KRUNO, R. B.; BONILHA, A.L.L. Parto no domicílio na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. **Rev. gaúch. enferm.** v. 25, n. 3, p. 396-407, 2004. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4533>>. Acesso em: 21 set. 2013

LAGE, M. C. Os softwares tipo CAQDAS e a sua contribuição para a pesquisa qualitativa em educação. **Educ. Tem. Dig**, Campinas, v. 12, n. 2, p. 42-58, jan./jun. 2011.

LANCET. Home birth: proceed with caution. **The Lancet**, v. 376, n. 9738, p. 303, jul. 2010. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61165-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61165-8/fulltext)>. Acesso em: 21 set. 2013.

LEAL, M.C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, p. 17-47, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015

LESSA, H.F. et al. Informação para opção pelo parto domiciliar planejado: um direito de escolha das mulheres. **Texto & contexto enferm.**, v. 23, n. 3, p. 665-72, 2014. Doi: doi.org/10.1590/0104-07072014000930013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00665.pdf> Acesso em: 05 jan. 2015.

LINDGREN H, ERLANDSSON K. She leads, he follows – fathers' experiences of a planned home birth: A Swedish interview study. **Sex Reprod Healthc.** v. 2, n. 2, p. 65-70, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575610000935>>. Acesso em: 21 set. 2013.

MACDORMAN MF, DECLERCQ E, MATHEWS TJ. United States home births increase 20 percent from 2004 to 2008. **Birth**, v. 38, n. 3, p. 185-90, set. 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2011.00481.x/pdf>>. Acesso em: 21 set. 2013.

MAHDI, S.S.; HABIB, O.S. A study on preference and practices of women regarding place of delivery. **East Mediterr Health J**, v. 16 n. 8, p. 874-8, ago. 2010.

MARTINS, C.A.; ALMEIDA, N.A.M.; MATOS, D.V. Parto domiciliar planejado: assistido por enfermeira obstetra. **Enferm. Glob.**, v. 11, n. 27, p. 312-7, jul. 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000300016&script=sci_arttext&tIing0=pt>. Acesso em: 21 set. 2013.

MATTOS, D.V.; VANDENBERGHE, L.; MARTINS, C.A. Motivação de enfermeiros obstetras para o parto domiciliar planejado. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 8, n. 4, p. 951-59, 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5580/8875>>. Acesso em: 25 jun. 2015.

MCNUTT, A. et al. Opinions of UK perinatal health care professionals on home birth. **MIDWIFERY**, v. 30, v. 7, p. 839-46, 2014. doi: 10.1016/j.midw.2013.08.007. Disponível em: <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(13\)00244-1/pdf](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(13)00244-1/pdf)>. Acesso em: 21 mar. 2014.

MEDEIROS, R. M. K.; SANTOS, I. M. M.; SILVA, L. R. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 765-772, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a22.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2013.

MELO, C. **A participação do acompanhante da mulher no parto domiciliar planejado**. 2015. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

MURRAY-DAVIS, B. et al. Why home birth? A qualitative study exploring women's decision making about place of birth in two Canadian provinces. **Midwifery**, v. 28, n. 5, p. 576-81, out. 2012. Disponível em: <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(12\)00021-6/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(12)00021-6/abstract)>. Acesso em: 21 set. 2013.

NASCIMENTO, K.C. et al. A arte de partejar: experiência de cuidado das Parteiras tradicionais de Envira/AM. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 13, n. 2, p. 319-327, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a12.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2013.

OLSEN, O.; CLAUSEN, J.A. Planned hospital birth versus planned home birth. **Cochrane Database Syst Rev**. 2012. Doi: 10.1002/14651858.CD000352.pub2. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22972043>. Acesso em: 10 nov. 2014

SANDALL, J. et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing woman (Review). **Cochrane Database Syst Rev**, v. 9, p. 1-4, 2015. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub4. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub4/abstract>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

SANFELICE, C.F.O. et al. From institutionalized birth to home birth. **Rev Rene**, v. 15, n. 2, p. 362-70, 2014. Doi: 10.15253/2175-6783.201400200022. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1561/pdf>> Acesso em: 15 mar. 2015.

SANFELICE, C.F.O.; SHIMO, A.K.K. Parto domiciliar: avanço ou retrocesso? **Rev. gaúcha enferm**, v. 35, n. 1, p. 157-60, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.41356>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

VAN HAAREN-TEN, H. T. et al. Preferred place of birth: characteristics and motives of low-risk nulliparous women in the Netherlands. **Midwifery**, v. 28, n. 5, p. 609-18, out. 2012. Disponível em: <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(12\)00138-6/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(12)00138-6/abstract)>. Acesso em: 21 set. 2013.

VEDAM, S. et al. Nurse-Midwives' Experiences with Planned Home Birth: Impact on Attitudes and Practice. **Birth**, v. 36, n. 4, p. 274-82, dec. 2009.

VEDAM, S. et al. Home birth in North America: attitudes and practice of US certified nurse-midwives and Canadian registered midwives. **JMWH**, v. 59, n. 2, p. 141-52, 2014 a. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24165202>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

VEDAM, S. et al. Transfer from planned home birth to hospital: improving interprofessional collaboration. **JMWH**, v. 59, n. 6, p. 624-34, 2014 b. Doi: 10.1111/jmwh.12251. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12251/abstract;jsessionid=B4D3C43ECAB0A30838F67DBA73A4085F.f02t01>>. Acesso em: 10 mar. 2015

WIEGERS, T. A. The quality of maternity care services as experiences by women in the Netherlands. **BMC Pregnancy and Childbirth**, Utrecht, v. 9, n. 18, mai. 2009.

5.3 MANUSCRITO 3 – FACILIDADES NO ATENDIMENTO AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO SOB A ÓTICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

FACILIDADES NO ATENDIMENTO AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO SOB A ÓTICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE¹⁰

*Joyce Green Koettker¹¹
Odaléa Maria Bruggemann¹²*

RESUMO

Pesquisa qualitativa, exploratória-descritiva, objetivou conhecer os aspectos que facilitam o atendimento ao parto domiciliar planejado sob a ótica de profissionais de saúde nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil. Entrevistados 17 profissionais, de março a agosto de 2015, a organização e codificação foi realizada no programa computacional ATLAS.ti – versão 7 e analisadas segundo a Análise de Conteúdo de Bardin, resultando em cinco categorias: O domicílio como local ideal para assistência ao parto fisiológico; Realização profissional, flexibilidade e liberdade no contexto domiciliar; Protagonismo da mulher; Atendimento em equipe e Rede de apoio cultural e profissional. A assistência é facilitada, já que os profissionais acreditam nesse local como favorecedor da autonomia à parturiente, previamente empoderada, para vivenciar o processo fisiológico. No domicílio o profissional encontra liberdade e flexibilidade já que não há influência de outros profissionais ou de rotinas rígidas. Negociação de condutas e uso de outras possibilidades no acompanhamento do trabalho de parto foram facilitados. Cidades com a cultura do parto domiciliar ou que dispõem

¹⁰ Este manuscrito faz parte da Tese de Doutorado “Parto domiciliar planejado assistido por profissional qualificado nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil”.

¹¹ Enfermeira obstétrica da Equipe Hanami – O Florescer da Vida – Parto Domiciliar Planejado. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Grupo de Pesquisa na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR). E-mail: joycegreenk@yahoo.com.br

¹² Doutora em Tocoginecologia. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFSC. Pesquisadora CNPq. Vice-líder do GRUPESMUR. E-mail: odalea@ccs.ufsc.br

de rede de apoio profissional ou hospital referência estabelecido também foram destacadas. Além da, flexibilidade de horários, trabalhar em equipe e conhecer previamente as mulheres. Foram unânimes a realização profissional e a valorização das famílias. Os profissionais optam cada vez mais pelo domicílio e vários aspectos são facilitados pelo próprio contexto de atendimento, sendo que a liberdade e a realização profissional são promissoras no atendimento ao parto domiciliar planejado.

Descritores: Parto domiciliar; Parto humanizado; Enfermagem obstétrica; Pesquisa qualitativa.

INTRODUÇÃO

Em diversos países, o parto domiciliar planejado é opção de local parturitivo escolhido pelas mulheres. Estudos apontam que mundialmente, e especialmente em alguns países, há um crescimento na procura do ambiente domiciliar para as mulheres vivenciarem o seu parto e o nascimento dos seus filhos (MACDORMAN, DECLERCQ, MATHEWS, 2011; LANCET, 2010; JANSSEN et al., 2009).

No Brasil, também se observa essa busca pelo atendimento no domicílio de forma planejada principalmente em alguns centros urbanos (LESSA et al., 2014; FRANK, PELLOSO, 2013; SANFELICE, SHIMO, 2014; KOETTKER et al., 2012; SANFELICE et al., 2014). Neste estudo, o Parto Domiciliar Planejado (PDP) é entendido como a assistência realizada à mulher, por profissional qualificado e registrado em Conselho de Classe, na qual o atendimento segue um protocolo para inclusão de mulheres e de ações a serem desenvolvidas durante o processo. É importante garantir uma rede para fácil acesso ao hospital na necessidade de transferência (KOETTKER, 2010).

Os estudos qualitativos que abordam essa temática na realidade brasileira têm focado na compreensão da vivência sob o ponto de vista das mulheres (KRUNO, BONILHA, 2004; MEDEIROS, SANTOS, SILVA, 2008; LESSA et al., 2014), e de parteiras tradicionais (NASCIMENTO et al., 2009; CECAGNO, ALMEIDA, 2004). No entanto, os estudos que investigam os aspectos relacionados com a experiência de profissionais de saúde são escassos e não aprofundam as questões relacionadas com a factibilidade acerca dessa modalidade de assistência. As experiências dos profissionais são publicadas por meio de relatos de experiência e estudos de reflexão.

Relato de experiência que compartilha a vivência de uma enfermeira obstetra no atendimento de uma mulher e seu companheiro no parto domiciliar, destaca pontos que facilitaram o acompanhamento, entre eles a segurança do casal na opção por esse local, o empoderamento do casal no processo parturitivo, a relação de confiança entre a enfermeira e o casal (DAVIM; MENEZES, 2001).

Estudo de reflexão do papel do enfermeiro obstetra, no atendimento ao PDP, discorre sobre a importância desse profissional no atendimento prestado às mulheres de risco habitual, com assistência realizada sem intervenção e de acordo com as diretrizes da humanização. Além disso, estudo aponta a necessidade de que ocorram mudanças nas políticas públicas a fim de viabilizar esse tipo de atendimento para todas as mulheres (MARTINS; ALMEIDA; MATTOS, 2012).

Os profissionais da saúde que adotam o domicílio como local parturitivo, relataram a influência desse ambiente para o resgate da humanização da assistência e que, nesse contexto, a autonomia, a privacidade, o apoio contínuo que o profissional pode fornecer à mulher e a livre participação da família contribui para a evolução fisiológica do processo. Entretanto, para que esse atendimento seja seguro, é necessário dispor de materiais e medicações de suporte, rede hospitalar estabelecida para os casos de encaminhamento, além da definição de critério de inclusão de gestantes para esse atendimento (FRANK; PELLOSO, 2013).

De maneira geral, existe escassez de publicações que abordem a experiência dos profissionais qualificados (enfermeiras obstetras, obstetras e médicos), principalmente sobre os fatores que podem facilitar a assistência prestada por esses profissionais que escolhem atuar no domicílio, mesmo que esse local não esteja integrado ao sistema de saúde público e privado no Brasil (BRASIL, 2016). O aprofundamento desse tema poderá oferecer subsídios para a implementação de estratégias que facilitem o cotidiano dos profissionais que já atendem e os que almejam prestar esse tipo de atendimento. Além disso, pode fomentar discussões sobre as possibilidades deste tipo de atendimento para que ele possa ser incorporado no sistema de saúde brasileiro, como ocorre em diversos países. Assim, este estudo teve como **objetivo conhecer os aspectos que facilitam o atendimento ao parto domiciliar planejado sob a ótica de profissionais de saúde nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil.**

MÉTODO

Pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritiva, inserida num macroprojeto de abordagem mista (quantitativa e qualitativa), no qual a primeira etapa foi a coleta de dados quantitativos realizada com profissionais das Regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste do Brasil que prestavam assistência ao parto no domicílio. Assim, nesse estudo, foram entrevistados 17 profissionais (11 enfermeiros obstetras, uma obstetrix, quatro médicos obstetras e um generalista) identificados na etapa anterior, sendo que quatro da Região Nordeste, três da Centro-Oeste, e cinco das Regiões Sudeste e Sul. A idade dos entrevistados variou de 30 a 62 anos (mediana de 37 anos), O tempo de atendimento ao parto domiciliar variou entre dois anos a 39 anos (mediana de 5 anos), sendo que a maioria realizava essa atividade há menos de 10 anos. O número de informantes foi estabelecido durante um processo contínuo de análise dos dados, pela saturação dos mesmos, que ocorreu quando os dados de uma nova entrevista acrescentariam poucos elementos para a discussão (FONTANELLA et al., 2011).

Os critérios de inclusão dos profissionais de saúde foram: possuir formação de nível superior completo; ter registro no Conselho de Classe; ser habilitado legalmente para o atendimento ao parto normal, de acordo com a Lei do Exercício Profissional; e prestar assistência no domicílio há pelo menos um ano. Esses foram incluídos gradativamente objetivando contemplar as particularidades de cada uma das Regiões do Brasil que fizeram parte da etapa quantitativa. Os entrevistados foram convidados para participar da pesquisa mediante contato telefônico e via e-mail realizado pela pesquisadora principal.

Para a realização da coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado com os profissionais elegíveis para o estudo, de março a agosto de 2015, de forma presencial e por Skype. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas integralmente, lidas e revisadas pela própria pesquisadora. Posteriormente, as entrevistas foram inseridas no programa computacional ATLAS.ti – versão 7.0 (FRIESE; 2012), no qual o programa CAQDAS (*Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software*) possibilita a organização e a codificação das informações e facilita a análise (LAGE, 2011; FRIESE, 2012).

A técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011) foi escolhida para realizar a análise dos dados, que tem como objetivo, a descoberta dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique algo para o objetivo proposto. A análise foi realizada em três etapas: pré-análise; exploração do material

ou codificação; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

Na etapa de **pré-análise** foi realizada leitura exaustiva do material, com conseguinte formulação de hipóteses, objetivos e indicadores (BARDIN, 2011). Essa etapa objetiva sistematizar as ideias, de forma que a operacionalização dessa etapa, através do ATLAS.ti 7.0, deu-se com a construção de um projeto denominado Unidade Hermenêutica (*hermeneutic unit*) pelo programa (FRIESE, 2012). Assim, neste estudo a unidade hermenêutica é representada pelo conjunto das 17 entrevistas realizadas. Cada uma das entrevistas foi inserida no ATLAS.ti 7.0 como um documento primário (*primary documents*). Na sequência foi feita a edição ou o recorte dos trechos relevantes das entrevistas (*quotations*), segundo os objetivos do estudo, de forma a prepará-los para a próxima etapa.

Na etapa de **exploração do material** foram identificados os códigos, relacionando-os aos depoimentos de mesmo sentido (BARDIN, 2011). Os códigos são os nomes adotados para as ideias, que podem tanto ser palavras, cujo sentido pode ultrapassar o significado semântico, ou, como é característico da análise de conteúdo, temas. Nessa etapa, a função do ATLAS.ti 7.0 é auxiliar na codificação (*codes*) dos trechos dos depoimentos (*quotations*). Em seguida, os códigos foram organizados em unidades temáticas de significados semelhantes (*families*).

A etapa de **tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação** consiste no tratamento dos dados obtidos de modo que esses se tornem significativos e válidos (BARDIN, 2011). Nessa etapa, as ferramentas do ATLAS.ti 7.0 possibilitaram a construção de diagramas, figuras e modelos que destacaram as informações fornecidas pela análise.

O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por meio da Plataforma Brasil e obteve aprovação no dia 10 novembro de 2014 sob o parecer 865.451 e CAAE número 33727314.2.0000.0121. Todos os aspectos que envolvem a pesquisa estão de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). A autorização para utilização dos dados dos profissionais de saúde foi mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No sentido de garantir o anonimato dos envolvidos, os profissionais entrevistados foram identificados com a letra P seguida de um número sequencial, sendo que nas narrativas os nomes dos profissionais foram substituídos por pássaros, os nomes das mulheres por flores, todas as instituições de saúde foram identificadas como Maternidade e as Cidades e Estados substituídas pela letra X.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No início da entrevista, a maioria dos profissionais de saúde relatava as facilidades enfocando os benefícios do parto domiciliar para a mulher, o Recém-Nascido (RN) e a família. Entretanto, quando questionados acerca dos aspectos facilitadores que estavam relacionados ao desenvolvimento da sua prática profissional nesse contexto, sentiram necessidade de refletir sobre a própria experiência. As facilidades relatadas envolvem diretamente a forma como a mulher e a família se relacionam com o profissional e assumem a decisão pelo local parturitivo, mas também questões acerca do exercício da profissão no contexto domiciliar.

A partir desse entendimento, foram construídas cinco categorias que desvelam os aspectos que facilitam o atendimento domiciliar pelos profissionais de saúde.

Categoria I – O domicílio como local ideal para assistência ao parto fisiológico

Os profissionais que optam por atender nesse contexto acreditam que o ambiente domiciliar é facilitador para desenvolver a sua prática assistencial e, conseqüentemente, melhor atender à mulher, ao RN e à família: [...] *é acreditar é que essa é uma boa maneira de se chegar no mundo* (P3). [...] *parece que aquilo é o melhor, é a melhor forma de nascer* (P1). *Porque eu acredito que o parto domiciliar é onde a mulher pode; tem a possibilidade de se entregar, de dar à luz sem intervenção [...] O parto em casa, o bebê foi concebido em casa, então não tem* (P10). [...] *a transformação de uma mulher em mãe, a transformação de um homem em pai, de um casal em família, que isso é muito mais facilitado num ambiente mais propício* (P3).

A possibilidade de prestar assistência num ambiente em que a mulher e família possam ser acolhidos, e vivenciar o nascimento de forma plena, foi um fator facilitador para que os profissionais pudessem implementar as suas condutas, respeitar o tempo individual de cada ser mulher, a fisiologia do processo parturitivo e contribuir para a formação da nova família.

No domicílio, a mulher tem mais liberdade para se tornar protagonista da sua história. Além disso, a tranquilidade, calma e autonomia, presentes nesse espaço, favorecem o vivenciar de um evento fisiológico (FRANK, PELLOSO, 2013).

Os profissionais acreditam que o parto deva ser vivenciado como um evento natural, assim, a mulher tem a força de parir e o RN tem poder de nascer. Nesse contexto, os profissionais sentem-se confortáveis em confiar na fisiologia do processo, e respeitar a singularidade de cada mulher, passando a entender que o profissional é ator coadjuvante, sendo que sua atuação é necessária em caso de alguma intercorrência ou quando o processo deixa de ser fisiológico: [...] *depois dessa primeira experiência, eu fiquei mais forte porque eu comecei a acreditar de verdade naquilo que eu ensinava, que era fisiologia do trabalho de parto e parto, porque na prática, na assistência domiciliar você precisa confiar, a noção de tempo é diferente, tudo é diferente* (P8). [...] *o nascimento é uma coisa fisiológica mesmo [...] a menos que aconteça alguma intercorrência e é para isso que nós, enfermeiros e médicos nos formamos* (P1). *Nascimento requer tempo, requer paciência, requer amor, requer dedicação [...] acho que para você poder atender parto em casa você precisa virar várias chaves internas, acreditar realmente, acreditar na mulher, na natureza [...]* (P4). [...] *porque é muito lindo, é muito perfeito assim, a fisiologia muito perfeita, Deus é muito perfeito, a mulher é muito capaz* (P13). Dessa forma, quando os profissionais valorizaram o protagonismo feminino no processo parturitivo e se colocaram como expectadores da fisiologia materna, contribuem para a autonomia e o empoderamento da mulher (MALHEIROS et al., 2012).

Conforme os relatos verbalizados pelos profissionais, no contexto domiciliar é valorizada a autonomia, o empoderamento da mulher e, principalmente, a fisiologia do processo parturitivo. Em contrapartida, na maioria dos hospitais brasileiros as intervenções são realizadas de forma rotineira, e o percentual de partos sem intervenções (amniotomia, cateterização venosa, uso da ocitocina, analgesia, posição de litotomia, manobra de Kristeller e episiotomia) é ínfimo (5,4%) (LEAL et al., 2014). Dessa forma, em pesquisas qualitativas, as mulheres referem que poder vivenciar o parto de forma mais natural e fisiológica é uma das razões pelas quais optam pelo PDP (SANFLICE, SHIMO, 2014; LESSA et al., 2014).

Os relatos denotam que os profissionais da saúde consideram que sua atuação no domicílio é facilitada por acreditarem que esse ambiente é o local ideal para respeitar a fisiologia do trabalho de parto e parto de cada mulher.

Categoria II – Realização profissional, flexibilidade e liberdade no contexto domiciliar

Alguns entrevistados, em especial as enfermeiras obstétricas, relataram que trabalhar num ambiente que propicia a realização profissional facilita prestação da assistência: [...] *eu gostar do que eu faço, e eu me dedicar a isso, fazer com carinho, é o que facilita [risos] (P13). [...] como o parto em casa me satisfaz muito, o parto em casa traz isso para mim, para mim é muito fácil trabalhar no que eu trabalho e aí me dá muito prazer (P4). [...] eu me realizo atendendo parto, nossa, eu me recarrego, eu gosto muito de atender parto, é minha paixão assim (P14). [...] sou a enfermeira mais realizada porque foi tudo o que eu sonhei na minha vida [...] tenho onze anos de formada, hoje eu trabalho como eu sempre sonhei (P15).*

Essa realização profissional também foi referida por enfermeiras obstétricas, participantes de outro estudo, que passaram a atender somente no domicílio, mesmo tendo que enfrentar alguns obstáculos (SANFELICE et al., 2014).

A realização também foi destacada, principalmente pelas enfermeiras obstétricas, em relação ao **retorno financeiro**, [...] *em hospital e tudo eu não vou poder receber por parto, eu vou receber um salário, que geralmente a enfermagem tá terrível, [...] e com o parto domiciliar é um caminho para eu ter esse retorno financeiro (P11). [...] é o retorno financeiro também, porque aqui em X eu atendo um parto e ganho o que eu ganharia num mês de trabalho, com plantão, sem direito a ter folga, naquele esquema de horário fixo, então a questão financeira também, nesse momento, ainda vale muito mais a pena do que trabalhar em hospital (P14).*

Alguns profissionais relataram estar recebendo um bom valor pago pelo serviço prestado às famílias no domicílio, mostrando que o PDP pode ser uma possibilidade de um ganho adicional. Entretanto esse contexto difere do americano, uma vez que enfermeiros obstetras, participantes de um estudo, revelaram que umas das maiores dificuldades no atendimento no domicílio é a impossibilidade de alcançar sucesso financeiro com esse tipo de atendimento (VEDAM et al., 2009). Menor remuneração no atendimento domiciliar quando comparada ao do hospitalar foi relatada em estudo desenvolvido na Irlanda (OBOYLE, 2013).

A possibilidade da realização profissional foi marcante nos relatos dos entrevistados e merece destaque, uma vez que no Brasil, a partir da década de 1970, com a expansão da formação de médicos

obstetras e da consolidação do modelo médico hospitalar, houve praticamente a exclusão dos outros profissionais prestadores de cuidado à mulher no processo parturitivo (RIESCO; TSUNECIRO; LEISTER, 2011).

Praticamente todos os entrevistados referiram que a liberdade de condutas e de decisões é facilitada no contexto domiciliar, quando comparada com a atuação vivenciada no ambiente hospitalar. Para os enfermeiros e a obstetrix, em casa podem praticar o exercício da profissão na assistência ao parto, uma vez que esses profissionais puderam ter liberdade na tomada de decisão, nas escolhas das condutas e na totalidade das ações que envolvem o cuidado durante o trabalho de parto e parto: [...] *a facilidade profissional é de decisão, da conduta, de como conduzir um parto, do que avaliar, o que esperar* (P14). [...] *no parto domiciliar é uma possibilidade de praticar a enfermagem com segurança, com autonomia, com responsabilidade, e principalmente com encantamento* (P1). *O que a gente faz no hospital é um décimo do que a gente consegue fazer em casa [...] no hospital não tem como, eu não tenho poder de decisão* (P13). [...] *mesmo nessa instituição que eu estou agora, que a gente é um pouco mais respeitada, ainda assim não chega aos pés da possibilidade que a gente tem dentro de um parto domiciliar* (P5).

Dessa forma, muitos enfermeiros obstetras brasileiros optaram por iniciar o atendimento ao parto no domicílio para encontrar realização profissional e fugir da assistência hospitalar intervencionista presenciada no seu dia-a-dia de trabalho (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2014).

A liberdade de atuação referida pelos médicos esteve também relacionada com a possibilidade de tomada de decisão acerca de quando intervir no processo parturitivo fisiológico, uma vez que no hospital eles relatam sofrer as pressões próprias do ambiente hospitalar, que são advindas de outros profissionais envolvidos na assistência, como o pediatra, o anestesista e a equipe de enfermagem: [...] *quando é um trabalho de parto mais arrastado [...] ou até mesmo um período expulsivo mais demorado, tá em casa é melhor [...] tem menos pressão também de outros profissionais. Eu acho que essa é uma das principais vantagens que eu vejo, para mim, [...] esse ambiente hospitalar realmente favorece muitas intervenções [...]* (P6). [...] *you não tem as pressões hospitalares, no hospital você não quer tocar e aí sai e a enfermeira te pergunta “quantos centímetro tá?”, e aí você vai tomar café e o colega te pergunta “e aí como tá?”, e aí o anestesista vai e fala “e aí vai querer analgesia?”, [...] em casa não tem [...] o bebê tá bem,*

a mulher tá em trabalho de parto está, pronto não tem esse “quanto tá” “eu preciso da sala” “não sei o que” “você vai querer o anestesiologista ou eu posso ir embora” [...] (P2).

Esses relatos podem ajudar a compreender que a pressão advinda de outros profissionais pode interferir para que nos hospitais brasileiros a assistência obstétrica seja permeada de intervenções obstétricas, como a alta taxa de episiotomia (53,5%), o uso de ocitocina (36,4%), amniotomia (39,1%), manobra de Kristeller (36,1%) e a cesárea (51,9%) (LEAL et al., 2014), sendo que muitas são realizadas de forma desnecessária de acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1996), assim como não-preconizadas pelo Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2016).

O ambiente domiciliar foi referido pelos entrevistados, principalmente pelos médicos, como sendo livre de pressões, uma vez que no ambiente hospitalar existe uma grande demanda de atendimento e superlotação. Dessa forma, os profissionais são submetidos a atender de forma massificada não respeitando o tempo e a história de cada mulher. Diferentemente, no domicílio o profissional tem mais liberdade para atender e respeitar as singularidades de cada processo parturitivo: *[...] A gente conseguiu fazer ela dormir por duas horas e quando ela voltou ela pariu. Não existe, foram vinte e quatro horas de trabalho de parto nessa, aonde existe isso? (P8). Em casa não! Em casa não tem isso, tipo tá lá de dilatação total, a gente deixa o tempo da mulher e do neném, vai só escuta o neném de vez em quando, deixa a mulher descansar (P6). [...] entendendo que aquele corpo, aquela mulher, aquela família é diferente, aquele bebê também é diferente, [...] cada parto me ensina coisas assim impressionantes, que eu não tinha ideia [risos] (P8).*

Além das rotinas e condutas, da maioria das instituições de saúde, serem rígidas, a maioria delas é desatualizada e sem evidências científicas, assim, no contexto domiciliar os profissionais podem atender em ambiente livre de rotinas rígidas pré-estabelecidas e basear sua prática nas melhores evidências científicas: *Sabe o que eu acho, de não ter que lidar com aqueles protocolos sem sentido do hospital, com aquela burocracia toda [...] Então de não ter aquele estresse de quem vai ser o pediatra que vai chegar aqui, se vai tirar o bebê do colo da mãe sem precisar, sabe? Se vai ouvir os pedidos dos pais e não fazer isso, não fazer aquilo (P7). [...] a pediatra queria fazer aspiração e credê, aí por quê? Porque é rotina [...] Só que, episódio de rotina caramba. [...] E aí eu tinha questões com a pediatria, onde ela [pediatra] falou assim: “a mãe é sua, o bebê é da pediatria”. Eu falei:*

não, não, não. O bebê é da mãe não é teu, e a mãe não é minha, eu cuido dela [risos] (P12). [...] aí chega no hospital é posição litotômica [risos], é episiotomia, é fórceps [...] (P14).

Além disso, os profissionais relataram que o ambiente domiciliar favorece a flexibilidade dos envolvidos nas discussões das condutas e, assim, entrarem em comum acordo: *[...] em casa a gente pode negociar, quem sabe você faz um pouquinho desse, eu faço um pouquinho desse, e assim a gente entra [...] num consenso né, essa, isso, eu encontro mais facilidade no parto domiciliar para fazer isso (P3).* As mulheres investigadas em outro estudo confirmaram que em casa é mais fácil ter seus desejos realizados, uma vez que não existem normas e rotinas rígidas pré-estabelecidas (LESSA et al., 2014). Para as *midwives* australianas existe uma diferença entre as atitudes das mulheres que buscam o atendimento domiciliar e hospitalar, no domicílio essas participam das decisões, enquanto que as que buscam o atendimento institucional aceitam as decisões dos profissionais sem argumentar (BALL et al., 2016).

Ademais, os profissionais verbalizaram que outra facilidade no domicílio é a possibilidade de utilização de diferentes métodos para avaliação do transcorrer da evolução do trabalho de parto, como a utilização da linha púrpura para estimar a dilatação do colo e a localização do batimento cardíaco para estimar a descida do feto: *[...] por exemplo, eu quase não faço toque vaginal no trabalho de parto domiciliar [...] então to tentando usar outros artifícios, por exemplo, a linha púrpura ficou claramente definida para mim no último parto, coisas que eu nunca conseguia avaliar muito bem no contexto hospitalar [...] existe outras formas, altura do foco de ausculta, a posição do foco de ausculta, as sensações que ela vai manifestando com o corpo são muito mais evidentes (P8).*

Assim, o acompanhamento do trabalho de parto e parto no contexto domiciliar favorece a adoção de outras práticas de cuidado que, dentro do ambiente hospitalar, poderiam ser vistas como inadequadas, além de existir flexibilidade na realização de tomada de decisão e de condutas, que tendem a ser discutidas com a mulher e/ou família.

Além da liberdade e flexibilidade relatadas acima, no contexto domiciliar os profissionais encontram maior facilidade para atender de forma respeitosa essa clientela implementando práticas de cuidado que valorizem as crenças e rituais das famílias: *[...] a possibilidade de empregar os rituais de cuidados que são familiares, as crenças, isso eu acho uma facilidade [...] é rituais próprio [...] ligadas ao que as pessoas acreditam [...] (P3).* Essa facilidade foi relatada por enfermeiras

obstétricas americanas na qual afirmaram que no ambiente domiciliar elas têm mais facilidade para respeitar a cultura do casal, propiciar à mulher uma experiência empoderadora e estimular o apego entre mãe e bebê, favorecendo o respeito à fisiologia materna e neonatal (VEDAM et al., 2009). Resultados semelhantes foram apresentados em estudo brasileiro, na qual focou a preparação do corpo para o parto assim como os preparativos para a chegada do bebê (FEYER et al., 2013).

As questões relacionadas com a liberdade nesse contexto não se limitam às decisões acerca das condutas de acompanhamento do trabalho de parto e parto, mas também aos aspectos referentes à não-subordinação, à opção de poder escolher com qual profissional vai trabalhar, qual o horário de trabalho, a roupa que vai vestir: [...] *essa autonomia de eu poder escolher quando, com quem e como eu vou trabalhar, então o parto em casa também me facilita isso [...] não tem aquilo de ir de branco, de ter que bater o cartão [...] ter mais liberdade no meu dia-a-dia, de horário, de lidar com não-subordinações às chefias* (P4). [...] *trabalhando o tanto que eu acho confortável pra trabalhar por semana, [...] com bastante flexibilidade de horário, então eu encontrei essa paz no parto domiciliar [...]* (P3). [...] *eu enquanto profissional, parteira e mãe, esposa, então essa flexibilidade de horário que eu tenho, eu acho que é muito mais flexível do que dar plantão no hospital* (P4).

Apesar de ser relatado pelos profissionais entrevistados como uma facilidade a flexibilidade de horários, observa-se que, contrariamente a esse pensamento, nos Países Baixos onde as obstetrias atendem partos no domicílio de forma sistemática, elas desejam trabalhar em horário fixo, isto é, no esquema de plantão, o que tem contribuído para a diminuição do número de PDP naquele país (DAVIS-FLOYD; FABER; VRIES, 2013). A realidade brasileira mostra-se diferente, nacionalmente o número de atendimentos, apesar de recente e pequeno, é crescente, as equipes estão estruturando-se, alguns profissionais deixando o atendimento hospitalar para se dedicarem exclusivamente ao PDP. Já na Holanda os profissionais podem estar sobrecarregados, uma vez que alguns estão deixando de atender no contexto domiciliar, já que é mais fácil ter uma “vida social” trabalhando em esquema de plantão fixo, com horário de chegada e saída e não precisar permanecer de “plantão 24 horas”, além disso, na Holanda as mesmas profissionais que atendem ao parto no domicílio das mulheres de risco habitual são as que atendem no hospital, panorama também diferente do brasileiro, na qual a maioria dos partos é atendido por médico (DAVIS-FLOYD; FABER; VRIES, 2013). No serviço

australiano promove parto domiciliar as *midwives* que atendem no domicílio continuam o atendimento no hospital após a transferência (MCMURTRIE et al., 2009).

Portanto, no contexto investigado nesta pesquisa, observa-se que o ambiente domiciliar, livre de rotinas rígidas e de pressões hospitalares, favorece aos profissionais a autonomia para desenvolver a assistência parturitiva sem interferências e baseadas em evidência científica, assim respeitando o processo fisiológico do parto e nascimento, utilizando pouca ou nenhuma intervenção e levando em conta a singularidade de cada mulher. Assim, encontram mais facilidade para implementar diferentes formas de avaliar a evolução do trabalho de parto, realizar as práticas de cuidado respeitando as crenças e os desejos de cada família, mantendo flexibilidade na tomada de decisões e na realização das condutas.

Categoria III – Protagonismo da mulher

A opção pelo parto no domicílio traz à tona o aparecimento de uma clientela diferenciada; na ótica dos profissionais o atendimento no domicílio é facilitado pelo fato de que essas mulheres confiam no seu instinto e na sua capacidade, entendem o processo de parto como sendo natural e fisiológico e estão plenas para vivenciar o tempo de trabalho de parto e as dificuldades que podem surgir: [...] *são mulheres que já tão muito selecionadas de querer um procedimento natural, estão preparadas, elas sabem o que vai acontecer, elas tão muito bem informadas, isso facilita demais [...] tudo passa a ser uma coisa muito natural, normal assim, ter o bebê. [...] isso faz com que o parto seja mais tranquilo, mais fácil, mais rápido* (P2). [...] *que tá se preparando durante toda a gestação para uma vivência sem analgesia, sem intervenções* (P5). [...] *as mulheres que optam por isso geralmente elas estão muito bem informadas e bem, que a gente fala, empoderadas para fazer esse tipo de escolha em geral* (P10). *De facilidade que tem é que já tem um público que tem o conhecimento, já naturalmente as pessoas aqui estudam, procuram saber, já têm um conhecimento realmente do que é ter respeito, o que é ser respeitado [...]* (P11). Essa clientela diferenciada também foi destaque em outro estudo realizado com profissionais da saúde, o qual evidenciou que nesse local a mulher tem mais liberdade para tornar-se protagonista do seu poder parturitivo (FRANK; PELLOSO, 2013). As mulheres que optam por esse contexto desejam resgatar o protagonismo e vislumbrar o prazer e a beleza da experiência parturitiva. Além disso, são mulheres que se mostram

descontentes com o modelo obstétrico e hospitalocêntrico atual (SANFELICE; SHIMO, 2014).

Esse protagonismo é fortalecido já nas consultas de pré-natal durante as quais é construída uma relação de confiança entre a equipe e a família, tornando-se um facilitador no atendimento profissional durante o processo parturitivo: [...] *se estabelece uma relação de confiança com esse casal, é um outro tipo de relação [...] eu penso que essa pactuação que tem com o casal é maravilhosa, essa relação toda de confiança, eu gosto muito dessa doação, da gente pra eles e deles com a gente* (P4). [...] *se você já conhece esse profissional, se você abre a porta da tua casa pra pessoa entrar é outro vínculo [...] então eu acho que sim, que ajuda* (P2). [...] *mas uma vantagem, de poder talvez até de uma forma mais íntima fazer parte da história dessa família [...] então isso acaba que gera um laço mais forte, especial mesmo* (P7).

O vínculo e a relação de confiança como sendo primordiais para o atendimento nesse contexto também foram relatados em estudo realizado com enfermeiros obstetras (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2014)

Alguns profissionais que atendem o pré-natal das mulheres desde o início da gestação relataram esses encontros como facilitadores do processo: [...] *já acompanho as mulheres durante o pré-natal, então já tenho, já conheço elas [...] então pra mim facilita demais ser aqui no X, e ser de pessoas que eu já conheço* (P11).

Os profissionais relataram que as consultas de acompanhamento de pré-natal são bastante diferentes das consultas médicas “de rotina”, uma vez que em casa essas são longas, esclarecem dúvidas, preparam as famílias para o vivenciar do parto, dessa forma facilitam a criação e o fortalecimento do vínculo e a confiança da mulher/família com a Equipe: [...] *essas consultas são bem diferentes, a nossa consulta dura em média uma hora, uma hora e meia, então é uma consulta muito diferente do consultório, a gente faz a consulta em domicílio, já começa por aí, então eles se sentem muito bem acolhidos, eles conversam, eles tiram dúvida, eles riem junto com a gente, eles preparam chá pra gente, então é muito descontraída a consulta e eles se sentem muito à vontade [...]* (P15).

É imprescindível uma relação entre profissionais e família de confiança, de respeito e de harmonia para que o atendimento ao parto no domicílio transcorra naturalmente (FRANK; PELLOSO, 2013).

Nas consultas, os profissionais podem conhecer mais a fundo os medos e as inseguranças da mulher e família e assim trabalhar questões conflituosas antes do início do trabalho de parto e parto, para que no dia

do parto as dúvidas e conflitos não interfiram negativamente na evolução do processo parturitivo e na assistência do profissional: [...] *mas a gente procura sim perceber como estão todos os aspectos emocionais dela, a gente sempre tenta resolver antes do parto, a gente tenta levantar com ela, então nos atendimentos pré-parto a gente tenta trazer à tona o que ela sente, o que ela pensa, a gente tenta compreender a dinâmica do casal, tenta compreender também como ela reage frente a situações, porque no dia do parto tudo isso pode vir à tona, então, como é que a gente vai lidar com ela. [...] Claro que pelve, bebê, todo mundo tem, vai vir a contração e vai colocar para fora, só que a gente sabe que a cabeça né minha amiga, interfere demais [...]* (P4).

Conhecer as mulheres no pré-natal e realizar longas consultas no domicílio facilita a assistência, uma vez que cria uma proximidade e favorece a formação de vínculo e confiança. Consequentemente, se tem oportunidade de trabalhar os medos, as dúvidas e inseguranças antes do início do trabalho de parto, o que tende a estimular e fortalecer o protagonismo da mulher para vivenciarem de forma plena e fisiológica o trabalho de parto e parto.

Categoria IV – Atendimento em equipe

Outro aspecto facilitador relatado pelos profissionais para o atendimento ao parto no domicílio é poder realizá-lo em equipe, no qual o trabalho de cada um é valorizado e não existe hierarquia. Esse aspecto foi destacado principalmente pelos enfermeiros e pela obstetritz que, dentro das instituições, muitas vezes são tratados como subordinados ao profissional médico: [...] *primeiro porque dentro da maternidade existe um médico que ainda é visto como o soberano, a gente não tem uma divisão entre o que é alto risco e baixo risco, então ele se mete em todos os atendimentos e dependendo do médico a gente vai ter intervenção que é completamente desnecessária* (P13). *Aqui nos hospitais, o enfermeiro está abaixo do médico, não interessa se eu sou capacitada, se eu tenho experiência, não interessa nada disso, hierarquicamente o enfermeiro está abaixo* (P15).

No contexto obstétrico hospitalar brasileiro a assistência muitas vezes é centrada na figura do médico, e há uma disputa de espaço e poder entre médicos e enfermeiras, além da subordinação do trabalho da enfermeira ao do médico (RABELO; OLIVEIRA, 2010).

O trabalho em equipe foi ressaltado como facilitador principalmente quando é formada por pares da mesma formação

profissional ou similar, pois assim todos tendem a prestar assistência de forma mais harmoniosa e dentro da mesma filosofia, além disso foi relatado existir uma sintonia na assistência: [...] *nós temos o mesmo pensamento, não tem como a gente atuar como a gente atua num parto domiciliar dentro de um hospital* (P15). *Então as decisões no domicílio são entre a equipe, que no nosso caso são todas enfermeiras, isso facilita também, e o casal* (P1). [...] *a gente consegue achar um ponto em comum e aprender uma com a outra, que acaba ficando muito rico, que cada uma traz uma experiência diferente da outra, e tudo é válido [...] e aí a gente vê assim a diferença de atender com uma outra enfermeira, ou com a própria Bem te vi, é uma relação de nós estamos juntos aqui [...] a gente discute o caso de igual para igual, a gente cresce juntas né* (P10). *É muito fácil a gente não precisa nem se questionar no momento do parto, é só um olhar, a gente se olha e já sabe o que é, já tem intimidade suficiente para isso* (P11). [...] *nós somos muito alinhadas, as três fazem muito a mesma coisa, uma olhou para outra e já sabe o que precisa fazer [...]* (P14).

O trabalho em equipe também traz maior segurança para o atendimento no caso de alguma situação emergencial: [...] *precisa de um número mínimo de profissionais no domicílio, é então, trabalhar em uma equipe é uma facilidade para o parto domiciliar [...]* (P1). Na Austrália é obrigatório estar presente uma segunda *midwife* no momento do parto e nascimento, uma vez que ambos podem precisar de ajuda (HOANG et al., 2013)

Como o atendimento no domicílio demanda dedicação durante muito tempo dos profissionais, alguns referiram que trabalhar em equipe tende a facilitar o trabalho uma vez que, dessa forma, podem dividir os turnos, as consultas, e, se necessário, realizar revezamentos: *Esse trabalho não existe sem equipe, eu não sei como algumas pessoas pensam que dão conta, não tem como, porque não tem como, o tempo que é desprendido para uma família [...] então não teria como eu sustentar isso sozinha [...] a única saída para esse tipo de modelo é o trabalho em equipe, não tem como ser diferente* (P10). A equipe, além do apoio para dividir as “tarefas”, também desenvolve o papel de apoiadora nos momentos difíceis, uma vez que alguns profissionais de saúde podem vivenciar preconceito e discriminação: [...] *que às vezes você tem que ter alguém para te dar a mão, porque senão você não aguenta. Eu acho que a equipe tem esse papel de, sabe, pera aí quando você desanima, alguém vai lá e fala: “não, olha aí, lembra disso, vamos embora, bola para frente”* (P13).

Estudo desenvolvido na Irlanda mostra que existe uma demanda de mulheres que busca esse tipo de atendimento, todavia, há falta de profissionais dispostos para prestar esse tipo de atendimento, assim muitas trabalham de forma individual e partilham do sentimento de isolamento profissional, dessa forma, tentam estar em contato com as colegas por telefone ou encontros para discussão de casos e para oferecer suporte umas às outras (OBOYLE, 2013). Contexto diferente é encontrado na Holanda onde a maioria das *midwives* atende em equipe, assim as profissionais referem que trabalhar em equipe facilita a vida social pois, torna-a mais previsível, já que consegue ter turnos de trabalho e de folga, entretanto referem que pode dificultar a relação íntima de conexão entre o profissional e a mulher (DAVIS-FLOYD; FABER; VRIES, 2013).

Como trabalhar no contexto domiciliar propicia a formação de equipes com pares da mesma categoria profissional, ou com a mesma filosofia de atendimento, os profissionais relataram que encontram facilidade para trabalhar dessa forma já que assim trabalham com profissionais com os mesmos pensamentos e ideais. Além disso, favorece o revezamento do período num atendimento ou das atividades e enfrentar, com sintonia e complementariedade de saberes, as situações emergenciais, além de encontrar apoio nos momentos conturbados.

Categoria V – Rede de apoio cultural e profissional

O atendimento ao parto domiciliar foge do paradigma institucional de assistência ao parto da realidade brasileira. Muitos profissionais destacaram que ter uma rede de apoio foi, além de um suporte para iniciar o atendimento no domicílio, especialmente uma facilidade para dar continuidade à essa modalidade de assistência. Alguns profissionais apontaram que no início do atendimento a cidade já tinha a cultura do parto domiciliar: [...] *aqui já existia muitas pessoas, muitos ativistas, já se tem uma discussão muito grande de parto em casa [...] já existia uma cultura de parto em casa aqui, então acho que isso é uma grande facilidade* (P4). *É, eu peguei já numa fase boa, já tava bem sedimentado [...]* (P7).

Além da facilidade de atuar numa cidade com a cultura do parto domiciliar, outro fator importante foi poder contar com uma rede de apoio, como os grupos de gestantes, assim como conhecer o trabalho de outros profissionais ou equipes que já atendiam no domicílio: [...] *os grupos de gestantes aqui são muito fortes e isso também é um ponto facilitador [...]* (P4). *É eu acho que a primeira facilidade que eu vejo é,*

os grupos de apoio que eu possuo, os grupos de doulas [...] (P9). [...] Então foi assim, Rouxinol me encorajou demais, disse: “Pardal você tem que ir, você tem o maior jeito, vá, vá, vá”... Aí depois eu fui, conheci o trabalho da Beija-flor [...] (P11). [...] fiquei encantada tanto com a equipe, e acho que vocês começaram a me mostrar para além disso, para além da beleza, tinha essa questão do benefício, de respeitar a fisiologia, de respeitar o corpo da mulher (P13). Então aqui, esse médico que é a favor do parto domiciliar [...] ele tem ajudado nesse sentido (P15). [...] outro facilitador foi ter Garça e Arara, ter esses dois ícones aqui que nos dão muito respaldo (P4). [...] eu posso contar com ele num perrengue em pepino, para mim facilita muito [...] (P11).

Assim como é importante para o profissional poder contar com uma rede de apoio, para as mulheres que optam pelo PDP, conhecer alguém que teve essa experiência, contribui para a tomada de decisão, através de trocas de saberes e práticas (LESSA et al., 2014).

Merece destaque o fato de alguns profissionais terem relatado que uma facilidade para o atendimento ao PDP foi dispor de uma parceria com uma instituição de saúde no caso de transferência. Esse suporte proporciona à equipe que atende no domicílio, e à família, segurança e maior tranquilidade na hora do encaminhamento: [...] *Maternidade aqui de alto risco e eles aceitaram ser o nosso backup [...] (P4). [...] as nossas mulheres são recebidas lá com muito carinho [...] Mas a principal facilidade que a gente tem é as portas do Maternidade [...] (P5). [...] nós recebemos um apoio muito grande dele [...] então isso me ajuda muito no meu trabalho (P9).*

Essa facilidade relatada por alguns profissionais merece destaque, já que é extremamente importante que se garanta uma rede de suporte, nesse tipo de atendimento, no caso de necessidade de transferência materna e/ou neonatal (WHO, 2004; KOETTKER, 2010; FRANK, PELLOSO, 2013).

Infelizmente no Brasil não existe uma rede formalizada hospitalar de suporte para atender mulheres, famílias e profissionais que optam pelo PDP, conforme descrito na recente Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, uma vez que esse tipo de assistência não está incluído no Sistema de Saúde público e/ou privado (BRASIL, 2016). Dessa forma, se faz necessário a discussão de políticas públicas que possam proporcionar essa modalidade de atendimento a todas as mulheres, amparada com uma rede formalizada que tenha uma instituição de referência na necessidade da transferência tal qual ocorre em outros países.

Alguns países estão investigando a necessidade de criar *guidelines* no sentido de facilitar a recepção das mulheres quando encaminhadas para o hospital e assim garantir mais segurança materna e neonatal (COOK; AVERY; FRISVOLD, 2014). Apesar de opiniões pessoais, os autores afirmam que todos concordam sobre a importância de melhorar a colaboração interpessoal em prol da segurança materna e neonatal, relacionada à transferência, como acesso da mulher, do RN e de profissional no ambiente hospitalar, livre participação dos profissionais no Curso de Reanimação Neonatal e de treinamentos em cursos avançados de suporte de vida e a realização de reunião interdisciplinar para avaliar as transferências realizadas (VEDAM et al., 2014).

Poucos entrevistados relataram facilidade no atendimento ao RN, como no caso de dispor apoio com neonatologistas para a consulta respeitosa nos dias que seguem o nascimento: [...] *é muito tranquilo os acompanhamentos dos nenéns [...] então quando nasce o bebê a gente já passa o telefone dessa pediatra, a pediatra vai lá nas primeiras vinte e quatro horas* (P6). [...] *ela sim é uma médica, é tipo, é uma neonatal back up sabe, ela é muito boa, muito boa, parceira mesmo, talvez seja uma facilidade né?* (P14).

Outras parcerias que facilitam o atendimento são as realizadas com as Secretarias de Saúde e Cartórios, no sentido de agilizar o registro dos neonatos nascidos em casa e a realização de alguns procedimentos como acesso a vacinas e exames: *Amiga eu vou ali na secretaria [...] me faz assinar e me entrega 30 [...]* (P3). *A gente tem alguns cartórios que a gente já sabe que fazem sem problema, a enfermeira orienta já quais são os cartórios que ela tá habituada, então não tenho dificuldade. E como ela pode no Ministério da Saúde pegar o DNV, também não é difícil isso* (P7). [...] *Então eles fornecem a vacina para gente, com setenta e duas horas a gente acompanha o casal [...] até a vigilância epidemiológica e lá a gente preenche a DNV. Faz o teste do pezinho sem dificuldade nenhuma, faz a vacina de BCG sem dificuldade nenhuma e o casal registra esse bebê tranquilamente* (P15).

A presença de uma rede de apoio que pode ser formada por profissionais que já atendem no domicílio, apoiado por grupo de gestantes e outros profissionais ou pessoas que defendem o PDP, são aspectos que podem facilitar a assistência domiciliar, sendo ainda melhor quando existe na cidade a cultura estabelecida da segurança do parto domiciliar. Nesses locais a aquisição de DNV para registro do RN e a realização de vacinas no neonato são realizados com tranquilidade. Contar com uma rede de suporte na necessidade de transferência e de

suporte neonatal foi fortemente destacada como aspecto facilitador do atendimento prestado pelos profissionais no sentido de garantir a segurança materna e neonatal no âmbito hospitalar.

CONCLUSÕES

A facilidade para a assistência no domicílio parte da premissa de que os profissionais consideram esse ambiente como sendo o melhor para desenvolver sua prática assistencial, com plena liberdade de atuação, além disso, promove o empoderamento para as mulheres vivenciarem um parto de forma fisiológica e não-intervencionista. O atendimento nesse contexto traz uma clientela diferenciada, a qual a busca informação de qualidade, que questiona o modelo obstétrico intervencionista hospitalar vigente e que se prepara para vivenciar o processo de parto no domicílio naturalmente.

A relação de confiança e o vínculo, entre a mulher e o profissional, são construídos durante as consultas de preparação para o parto, que tendem a ser longas e focadas não somente na fisiologia do corpo feminino, mas nos aspectos emocionais da mulher e, dessa forma facilitar o atendimento no dia do parto.

A existência de uma rede de apoio profissional e cultural foram facilitadores para esse tipo de atendimento. Merece destaque a situação na qual poucos profissionais relataram de existir previamente uma instituição hospitalar estabelecida para a eventualidade da transferência da mulher ou do RN como uma facilidade para o atendimento, evidenciando a preocupação dos profissionais em garantir a segurança do atendimento realizado nesse contexto.

Trabalhar em equipe, principalmente quando formada por profissionais da mesma categoria profissional e que partilham da mesma filosofia gera uma sintonia que facilita o atendimento no domicílio, além disso, contribui para que as atividades profissionais sejam conciliadas com a vida pessoal.

A liberdade de atuação no domicílio também foi relatada como sendo um importante aspecto facilitador para uma prática baseada em evidências científicas, além de favorecer uma flexibilidade no horário de trabalho e evitar a subordinação dentro do ambiente hospitalar, especialmente entre profissionais não-médicos e médicos.

Os profissionais relatam realização profissional, não somente porque realizam uma atividade de forma prazerosa, mas também porque desenvolvem a prática assistencial com liberdade de decisão e de

condutas que, muitas vezes, podem ser flexibilizadas com a mulher e família, já que no domicílio as rotinas tendem a não ser rígidas, além disso, avaliam receber bom retorno financeiro. Ademais, no domicílio, têm também liberdade para utilizar outras formas para verificar a evolução do trabalho de parto e de respeitar as crenças e rituais das famílias.

Considerando a relevância do tema e a escassa publicação, sugere-se a realização de outros estudos para desvelar os diferentes aspectos que podem facilitar e/ou dificultar essa assistência nas cidades brasileiras de forma a elucidar os aspectos que podem garantir a qualidade deste tipo de assistência em cada cidade, para melhor compreender a complexidade do atendimento no domicílio, sob ótica dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

BALL, C. et al. Under scrutiny: Midwives' experience of intrapartum transfer from home to hospital within the context of a planned homebirth in Western Australia. **Sex Reprod Healthc.** v. 8, p. 88-93, 2016. doi: 10.1016/j.srhc.2016.02.009. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575616000276>. Acesso em: 10 jul. 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos, **Coleção de Leis da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretriz Nacional de assistência ao parto normal. Relatório de recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CECAGNO, S.; ALMEIDA, F.D.O. Parto domiciliar assistido por parteiras em meados do século XX numa ótica cultural. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 13, n.3, p. 409-413, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/a10v13n03.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2013.

COOK, E.; AVERY, M.; FRISVOLD, M. Formulating evidence-based guidelines for certified nurse-midwives and certified midwives attending home births. **J Midwifery Womens Health**, v. 59, n. 2, p. 153-9, 2014. doi: 10.1111/jmwh.12142.

DAVIM, R. M. B.; MENEZES, R. M. P. Assistência ao parto normal domiciliar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n. 6, p. 62-68, nov. 2001. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000600011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 set. 2013.

DAVIS-FLOYD, R; FABER, M.; VRIES, R. An Update on the Netherlands. **Midwifery Today Int Midwife**, p. 55-9, 2013. Disponível em
<https://www.researchgate.net/publication/236197639_An_update_on_the_Netherlands>. Acesso em: 10 nov. 2014

FEYER, I.S.S. et al. Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. **Rev. bras. enferm.**, nov-dez, v. 66, n. 6, p. 879 – 86, 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/11.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, fev. 2011.

FRANK, T.C.; PELLOSO, S.M. A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. **Rev. gaúcha enferm**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 22-29, mar. 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 set. 2013.

FRIESE, S. **Qualitative data analysis with ATLAS.ti**. London: Sage; 2012.

HOANG, H., et al. The commonalities and differences in health professionals' views on home birth in Tasmania, Australia: a qualitative study. **Elsevier**, v. 26, p. 55-59, 2013. Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22503370>>. Acesso em: 19 jun. 2014.

JANSSEN, P.A. et al. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. **CMAJ**, Vancouver, v. 181 n. 6-7, p. 377-83, set. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2742137/>>. Acesso em: 21 set. 2013.

KOETTKER, J.G. **Parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras**. 2010. 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

KOETTKER, J.G. et al. Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. **Rev. saúde pública**, v. 46, n. 4, p. 747-50, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012005000051&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 set. 2013.

KRUNO, R. B.; BONILHA, A.L.L. Parto no domicílio na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. **Rev. gaúcha de enferm.**, v. 25, n. 3, p. 396-407, 2004. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4533>>. Acesso em: 21 set. 2013.

LAGE, M. C. Os softwares tipo CAQDAS e a sua contribuição para a pesquisa qualitativa em educação. **Educ. Tem. Dig**, Campinas, v. 12, n. 2, p. 42-58, jan./jun. 2011.

LANCET. Home birth: proceed with caution. **The Lancet**, v. 376, n. 9738, p. 303, jul. 2010. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61165-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61165-8/fulltext)>. Acesso em: 21 set. 2013.

LEAL, M.C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, p. 17-47, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

LESSA, H.F. et al. Informação para opção pelo parto domiciliar planejado: um direito de escolha das mulheres. **Texto & contexto enferm.**, v. 23, n. 3, p. 665-72, 2014. doi: doi.org/10.1590/0104-

07072014000930013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00665.pdf> Acesso em: 05 jan. 2015.

MACDORMAN MF, DECLERCQ E, MATHEWS TJ. United States home births increase 20 percent from 2004 to 2008. **Birth**, v. 38, n. 3, p. 185-90, set. 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2011.00481.x/pdf>>. Acesso em: 21 set. 2013.

MALHEIROS, P.A. et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto & contexto enferm.**, v. 21, n. 2, p. 329-37, agos. 2012. Doi: 10.1590/S0104-07072012000200010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200010>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

MARTINS, C.A.; ALMEIDA, N.A.M.; MATOS, D.V. Parto domiciliar planejado: assistido por enfermeira obstetra. **Enferm. Glob.**, v. 11, n. 27, p. 312-7, jul. 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000300016&script=sci_arttext&tIing0=pt>. Acesso em: 21 set. 2013.

MATTOS, D.V.; VANDENBERGHE, L.; MARTINS, C.A. Motivação de enfermeiros obstetras para o parto domiciliar planejado. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 8, n. 4, p. 951-59, 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5580/8875>>. Acesso em: 25 jun. 2015.

MCMURTRIE, J. et al. The St. George homebirth program: an evaluation of the first 100 booked women. **Aust N Z J Obstet Gynaecol**, v. 49 n. 6, p. 631-636, 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1479-828X.2009.01103.x/pdf>>. Acesso em: 21 set. 2013.

MEDEIROS, R. M. K.; SANTOS, I. M. M.; SILVA, L. R. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 765-772, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a22.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2013.

NASCIMENTO, K.C. et al. A arte de partear: experiência de cuidado das Parteiras tradicionais de Envira/AM. **Esc. Anna Nery Ver. Enferm.**, v. 13, n. 2, p. 319-327, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a12.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2013.

OBOYLE, C. 'Just waiting to be hauled over the coals': Home birth in Ireland. **Midwifery**, v.29, p 988-995. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.010>. Acesso em: 10 nov. 2014.

RABELO, L.R.; OLIVEIRA, D.L. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 1, p. 213-20, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100030>. Acesso em: 16 set 2010.

RIESCO, M.L.G.; TSUNECHIRO, M.A.; LEISTER, N. Escola de Obstetrícia da Universidade de São Paulo: A história contada no livro de atas (1912-1970). **Texto & contexto enferm**, v. 20, p. 164-71, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea21.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2012.

SANFELICE, C.F.O. et al. From institutionalized birth to home birth. **Rev Rene**, v. 15, n. 2, p. 362-70, 2014. doi: 10.15253/2175-6783.2014000200022. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1561/pdf>> Acesso em: 15 mar. 2015.

SANFELICE, C.F.O.; SHIMO, A.K.K. Parto domiciliar: avanço ou retrocesso? **Rev Gaúcha Enferm**, v. 35, n. 1, p. 157-60, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.41356>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

VEDAM, S. et al. Nurse-Midwives' Experiences with Planned Home Birth: Impact on Attitudes and Practice. **Birth**, v. 36, n. 4, p. 274-82, dec. 2009.

VEDAM, S. et al. Transfer from planned home birth to hospital: improving interprofessional collaboration. **J Midwifery Womens Health**, v. 59, n. 6, p. 624-34, 2014. doi: 10.1111/jmwh.12251.

Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12251/abstract;jsessionid=B4D3C43ECAB0A30838F67DBA73A4085F.f02t01>>. Acesso em: 10 mar. 2015

WHO. **Safe motherhood**. Care in normal birth: a practical guide. Geneva. World Health Organization, 1996.

_____. **Making pregnancy safer**: the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva. World Health Organization, 2004.

5.4 MANUSCRITO 4 – TRANSFERÊNCIA MATERNA E NEONATAL DE PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: DIFICULDADES RELATADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

TRANSFERÊNCIA MATERNA E NEONATAL DE PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: DIFICULDADES RELATADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE¹³

*Joyce Green Koettker¹⁴
Odaléa Maria Bruggemann¹⁵*

RESUMO

Pesquisa qualitativa exploratório-descritiva objetivou desvelar as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde que assistem ao parto e nascimento no domicílio nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil, diante da necessidade de transferência da mulher ou do RN para o hospital. Os dados foram coletados entre março e agosto de 2015, através de entrevistas com 11 enfermeiros obstetras, cinco médicos, e uma obstetritz. Organização e codificação das informações foram realizadas no programa computacional ATLAS.ti – versão 7 e analisadas pela técnica de Análise de Conteúdo. Na categoria – Transferência da mulher e/ou do RN do domicílio para o hospital: dificuldades enfrentadas, são apresentados os aspectos que envolvem essa situação, com destaque à falta de apoio médico e hospitalar, de um fluxo formalizado de transferência entre o ambiente domiciliar e hospitalar; ao preconceito, à discriminação e à rejeição dos profissionais ao chegarem no hospital. Essas dificuldades podem causar atraso na

¹³ Este manuscrito faz parte da Tese de Doutorado “Parto domiciliar planejado assistido por profissional qualificado nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil”.

¹⁴ Enfermeira obstétrica da Equipe Hanami – O Florescer da Vida – Parto Domiciliar Planejado. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Grupo de Pesquisa na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR). E-mail: joycegreenk@yahoo.com.br

¹⁵ Doutora em Tocoginecologia. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFSC. Pesquisadora CNPq. Vice-líder do GRUPESMUR. E-mail: odalea@ccs.ufsc.br

transferência, desconforto ao profissional de saúde e à família e afetar negativamente a saúde materna e neonatal. Contudo, uma discussão em diferentes níveis poderia minimizar ou extinguir essas dificuldades, assegurando melhor atendimento às mulheres com consequente ampliação desse tipo de atendimento, sendo então oferecido pelo Sistema Único de Saúde brasileiro, uma vez que todas as mulheres a ele devem ter acesso.

Descritores: Parto domiciliar; Parto humanizado; Enfermagem obstétrica; Pesquisa qualitativa.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o parto deve acontecer no ambiente de escolha da mulher, sendo o domicílio uma das opções. Mulher e família devem ser respeitadas por essa escolha (WHO, 1996). No entanto, é importante que esse atendimento seja realizado por profissional qualificado (enfermeiro obstetra, obstetritz e médico), que siga um protocolo com critérios de inclusão para que sejam assistidas mulheres de risco obstétrico habitual e que tenham acesso a um centro de referência na necessidade de uma transferência (WHO, 2004).

A maioria dos estudos aponta resultados positivos dessa assistência (DE JONGE et al., 2009; DAVIS et al., 2011; DE JONGE et al., 2013; DE JONGE et al., 2014 a, HOMER et al., 2014). Contudo, desde 2011, o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia não apoia o parto em ambiente domiciliar (ACOG, 2011), sendo essa decisão baseada em estudo de revisão em que a morte neonatal foi três vezes maior no domicílio quando comparada à no hospital (WAX et al., 2010). Porém, estudos subsequentes apontaram vieses metodológicos encontrados na realização da metanálise (KEIRSE, 2010; MICHAL et al., 2011).

No Brasil, o atendimento ao Parto Domiciliar Planejado (PDP) é majoritariamente realizado de forma privada (KOETTKER et al., 2012; COLACIOPPO et al., 2010; LESSA et al., 2014; FRANK, PELLOSO, 2013; FEYER, MONTICELLI, KNOBEL, 2013) e apesar de ser um local pouco escolhido, percebe-se um aumento gradativo por esse tipo de atendimento (SANFELICE; SHIMO, 2014.). As pesquisas acerca dos desfechos do parto e nascimento assistidos no ambiente domiciliar, apesar de escassas, mostram que as taxas de transferência, de

intervenções, de complicações maternas e neonatais são baixas (COLACIOPPO et al., 2010; KOETTKER et al., 2013; KOETTKER et al., 2012).

Os estudos que abordam as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde brasileiros nesse tipo de atendimento ainda são incipientes, entretanto, um deles (COLACIOPPO et al., 2010) aponta que os profissionais que acompanham o parto domiciliar são impedidos de permanecer com a mulher após a internação em instituição de saúde, nos casos de transferência.

Em alguns estudos brasileiros (MEDEIROS, SANTOS, SILVA, 2008; BURIGO, 2013) as mulheres relataram dificuldades enfrentadas no ambiente hospitalar como o preconceito, a discriminação e o desrespeito por terem optado pelo PDP, e a impossibilidade de os profissionais, que iniciaram o atendimento no domicílio, acompanharem a mulher após a transferência para o hospital.

Dessa forma, percebe-se que a experiência dos profissionais que optam atender ao parto no domicílio tem sido pouco investigada, e, não há como detalhar quais são as dificuldades enfrentadas pelos profissionais diante da necessidade de transferência da mulher ou do Recém-Nascido (RN) para o hospital. Assim, torna-se relevante desvelar essa realidade brasileira, principalmente porque essa prática, mesmo quando realizada por profissional de saúde qualificado, não está amparada pelo sistema público e privado de saúde e, a sua implementação tem sido pouco discutida. Além da escassa literatura sobre o tema, inexistente uma rede de apoio hospitalar de referência para atender as mulheres e os RN, quando há necessidade de transferência, assim este estudo teve como objetivo desvelar as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde, que assistem ao parto no domicílio nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil, diante da necessidade de transferência da mulher ou do RN para o hospital.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritiva, inserida num macroprojeto de abordagem mista (quantitativa e qualitativa).

Foram selecionados os profissionais que participaram da etapa quantitativa que prestavam assistência no domicílio, com inclusão gradativa de um profissional por Região, no intuito de contempladas as particularidades de cada uma delas, e por categoria profissional. O

número de participantes foi estabelecido durante um processo contínuo de análise dos dados, pela saturação dos mesmos, que ocorreu quando os dados de uma nova entrevista acrescentariam poucos elementos para a discussão (FONTANELLA et al., 2011).

Os participantes foram convidados a fazer parte da pesquisa mediante contato telefônico, rede sociais ou via e-mail pela pesquisadora principal e selecionados a partir de critérios de inclusão que foram: prestar assistência no domicílio há pelo menos um ano; possuir formação de nível superior completo, ter registro no Conselho de Classe competente e ser habilitado legalmente para o atendimento ao parto normal, de acordo com a Lei do Exercício Profissional.

Assim, participaram do estudo 17 profissionais da saúde sendo quatro da Região Nordeste, três da Centro-Oeste, e cinco da Sudeste e cinco da Sul. A maioria era do sexo feminino, a idade variou de 30 a 62 anos (mediana de 37 anos), e a mediana de tempo de atendimento no domicílio foi de 5 anos (2 a 39 anos).

Os dados foram coletados através de entrevistas com os profissionais elegíveis para o estudo, utilizando-se de um roteiro de entrevista semiestruturado, previamente testado para o refinamento. A entrevista foi transcrita e o roteiro revisado no sentido de melhorar a coleta das informações para responder aos objetivos da pesquisa.

As entrevistas aconteceram concomitantemente à coleta de dados quantitativos, de março a agosto de 2015, sendo que algumas foram realizadas de forma presencial em local, hora e dia de acordo com a disponibilidade do profissional, entretanto, a maioria foi realizada por *Skype* em virtude da distância geográfica entre os participantes e a pesquisadora.

Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas integralmente, lidas e revisadas pela própria pesquisadora, e posteriormente inseridas no programa computacional ATLAS.ti – versão 7.0 (FRIESE, 2012), sendo um tipo de programa CAQDAS (Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software) que facilita a análise dos dados qualitativos e possibilita a organização e a codificação das informações coletadas (LAGE, 2011; FRIESE, 2012).

A análise dos dados foi realizada segundo a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011), que tem como objetivo a identificação dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência, signifiquem algo para o objetivo proposto. A análise foi realizada em três etapas: pré-análise; exploração do material ou codificação; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

Na **pré-análise** foi realizada a leitura exaustiva do material, formulação de hipóteses, objetivos e indicadores (BARDIN, 2011). A operacionalização desta etapa através do ATLAS.ti 7.0 se deu com a construção de um projeto, denominado Unidade Hermenêutica (*hermeneutic unit*) pelo próprio programa (FRIESE, 2012), no qual nesse estudo foi composto pelo conjunto das 17 entrevistas. Cada uma das entrevistas foi inserida no programa como um documento primário (*primary documents*). Na sequência foi feita a edição ou o recorte dos trechos relevantes (*quotations*), segundo os objetivos do estudo, preparando-os para a etapa posterior.

Na próxima etapa, a **exploração do material**, foram identificados os códigos, relacionando-os aos depoimentos com mesmo sentido (BARDIN, 2011). Os códigos são os nomes adotados para as ideias, que podem tanto ser palavras ou frases, como é característico da análise de conteúdo, temas. Nessa etapa, a função do programa computacional utilizado é auxiliar na codificação (*codes*) dos trechos dos depoimentos (*quotations*) em unidades temáticas de significado semelhantes (*families*).

O tratamento dos dados de modo que os mesmos se tornem significativos e válidos, é realizado na terceira etapa, na qual consiste em o **tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação** (BARDIN, 2011). Nesta etapa as ferramentas do ATLAS.ti 7.0 possibilitaram a construção de diagramas, figuras e modelos, para melhor destacar as informações obtidas.

Todos os aspectos que envolvem a pesquisa estão de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por meio da Plataforma Brasil e obteve aprovação no dia 10 de novembro de 2014 sob o parecer número 865.451 e CAAE número 33727314.2.0000.0121. A autorização para utilização dos dados foi realizada mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para preservar o anonimato, os profissionais foram identificados com a letra P seguida de um número sequencial, sendo que os nomes das mulheres mencionadas nas entrevistas foram substituídos por flores, dos profissionais por pássaros, todas as instituições de saúde foram identificadas como Maternidade e as Cidades e Estados mencionados com a letra X.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante as entrevistas, os informantes relataram diversas dificuldades enfrentadas no atendimento ao domicílio. A mais frequente e que causa mais inquietações está relacionada com a necessidade de transferência. Assim, neste artigo será apresentada e discutida a categoria Transferência da mulher e/ou do RN do domicílio para o hospital: dificuldades enfrentadas, na qual serão abordados os aspectos que tornam a transferência um problema a ser enfrentado pelos profissionais de saúde e a clientela assistida.

Transferência da mulher e/ou do RN do domicílio para o hospital: dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde

O encaminhamento é, sem dúvida, a maior dificuldade relatada por todos os profissionais de saúde entrevistados, com diversos enfoques atrelados a ela: [...] *a maior dificuldade é da transferência mesmo* (P6). [...] *então assim o estresse da possibilidade de uma remoção* (P7).

Essa dificuldade foi relatada inclusive pelos profissionais que **preparam a mulher e a família, durante a gestação**, para vivenciarem a experiência do encaminhamento se necessário: [...] *A gente faz termo de consentimento livre e esclarecido pra tudo e pra transferência também, descrevendo pra onde iríamos, há quanto tempo está da casa, quantos quilômetros, a gente tem esse documento no nosso prontuário* (P8). [...] *a gente conversa muito [...] existe a transferência pro hospital e a gente trabalha muito a aceitação disso [...] pré-natal a gente sempre checa se a mala do bebê tá pronta, se a mala da mãe tá pronta, se já tem o carro* (P11). [...] *então a gente sempre conversa sobre isso e já traça a rota de transferência durante o pré-natal* (P13). Nos Países Baixos, os profissionais de saúde orientam as mulheres sobre alguns aspectos a serem considerados em caso de transferência, entre eles, os benefícios de iniciar o trabalho de parto num ambiente domiciliar, os possíveis eventos imprevisíveis no trabalho de parto, e as vantagens e dificuldades a serem enfrentadas. Além disso, destacam a importância e possibilidade da permanência do profissional responsável pelo atendimento domiciliar no hospital, até que a mulher se sinta segura (DE JONGE et al., 2014b). Para as *midwives* australianas que discutem os *guidelines* de assistência ao PDP, durante a gestação, percebem que no momento da transferência as mulheres estão mais preparadas e tendem a melhor aceitar a decisão. Além disso referem que a possibilidade de

permanecer com a mulher no hospital é incerta, mas é vista como positiva mesmo que na maioria das vezes não pode atuar e quando foram impedidas de permanecer relataram o sentimento de abandono às mulheres (BALL et al., 2016).

Neste estudo, todos os profissionais entrevistados mencionaram que preparam a mulher e a família, usando diferentes estratégias, para vivenciarem o encaminhamento, na tentativa de diminuir a frustração e dificuldades. Mesmo assim, a **frustração** que a mulher vivencia de não ter conseguido parir no domicílio pode gerar sentimentos parecidos nos profissionais: *A dificuldade maior é o encaminhamento [...] por diversos motivos, [...] o encaminhamento sempre gera uma frustração, principalmente pra família que tá envolvida, pra equipe também [...]* (P3). O desafio de lidar com a mudança de expectativa também é sentimento que envolve as *midwives* australianas que assistem o parto no domicílio frente a necessidade de transferência (BALL et al., 2016).

Em contrapartida, a necessidade de transferência das mulheres nos Países Baixos é vivenciada sem grandes frustrações. Consideram que tiveram um parto domiciliar com ajuda hospitalar, e repetiriam a experiência no ambiente domiciliar, ou seja, pode ser que as mulheres holandesas já estejam mais familiarizadas com a possibilidade do encaminhamento (DE JONGE et al., 2014b). A diferença pode ser relacionada ao fato de que naquele país o parto domiciliar é vivenciado com frequência pelas mulheres, uma vez que é custeado pelo Governo, e a taxa de transferência é elevada, além disso a assistência obstétrica hospitalar não é tão intervencionista quanto a brasileira. Estudo de revisão confirma que a taxa de transferência é mais elevada nos países em que existe uma rede formalizada de suporte na necessidade de transferência (BLIX et al., 2014).

Mesmo que as mulheres e famílias tenham sido preparadas para o encaminhamento, alguns profissionais relataram que elas optaram **por omitir que estavam sendo acompanhadas em casa** devido ao medo de sofrerem preconceito ou discriminação dos profissionais que atuam no hospital, e ocultam dados importantes a serem informados para os profissionais de saúde, que as acompanharão no hospital, como o tempo de bolsa rota, o tempo de parada da dilatação ou da descida do feto, entre outros: [...] *mas a gente tenta convencer os casais de que, havendo uma necessidade de uma transferência que a gente precisa acompanhá-los e que a gente precisa assumir isso, só que na hora H nem todos querem [...]. [...] “ó se tiver que transferir a gente vai dizer que nasceu no carro, ou que nasceu em casa e que não deu tempo pra chegar, coisas do gênero”* (P8). [...] *é muito triste que a gente transfere uma*

mulher pro hospital público por exemplo e não pode falar a história inteira, porque senão ela vai ser tratada como uma coitada (P10).

Com relação ao encaminhamento, assim como as mulheres têm receio de relatar a história completa do atendimento domiciliar, os profissionais relataram que sofrem **preconceito e/ou discriminação** de outros profissionais quanto ao atendimento que prestam no domicílio. Assim, temas como a segurança e a legalidade do PDP foram abordados nas falas dos profissionais de saúde entrevistados: [...] *vê como um risco desnecessário, como uma coisa insegura, uma coisa como se não fosse planejada, como se não tivesse ninguém assistindo [...] (P1). [...] ele é contra o parto domiciliar, ele [médico] fala muito mal do parto domiciliar [...] ele não acredita no parto domiciliar, então assim, essa é nossa maior dificuldade (P15). [...] tem o discurso médico aqui também, que não gostam desse negócio de parto em casa (P12).*

Frente a necessidade de transferência algumas *midwives* australianas sentem-se apreensivas antecipadamente, uma vez que sabem que serão recebidas com hostilidade pelos profissionais do hospital, principalmente quando não envolve transferência de forma emergencial. Além disso, elas relatam que os profissionais dos hospitais acreditam que o PDP não é seguro e as culpam quando ocorrem situações como amniorrexe prolongada e hemorragia pós-parto (BALL et al., 2016).

Além de relatos de preconceito, existe o medo em relação à possibilidade de as mulheres sofrerem **maus tratos ou violência obstétrica**: [...] *se você disser que tá parindo em casa eles vão fazer você sofrer e isso não é necessário, é desnecessário [...] só porque ela tava parindo em casa ela ser mal tratada, não é justo! (P17). [...] ver quando que a gente vai fazer esse encaminhamento, da melhor maneira possível, pra que a mulher não sofra violência obstétrica [...] (P3).*

O Brasil não dispõe de condição adequada para realização do PDP, sendo as dificuldades mais centradas nas deficiências do sistema de saúde e não por incompetência dos profissionais de saúde, sendo que uma das dificuldades é o embate de opinião entre os médicos e demais categorias (CUNHA, 2012).

O desrespeito que mulher, família e profissionais sofrem pode contribuir para que ocorram falhas na continuidade do atendimento hospitalar e interferir negativamente na evolução do trabalho de parto e nos desfechos materno e neonatal. Essa realidade parece não ser exclusiva do Brasil, uma vez que, nos Estados Unidos, a tentativa de escrever um *guideline* é justamente para tentar melhorar a colaboração médica e a recepção no hospital. Entretanto, existe dúvida se realmente

a existência desse *guideline* ajudaria para que as mulheres fossem mais respeitadas (COOK; AVERY; FRISVOLD, 2014).

No Brasil é notório que existe uma dicotomia de opinião sobre o PDP, uma vez que a medicina contemporânea entende essa escolha como sendo um retrocesso diante dos avanços e recursos, e que coloca em risco a saúde da mulher e do RN (SANFELICE; SHIMO, 2014).

No Reino Unido, uma pesquisa sobre a opinião dos profissionais de saúde a respeito do PDP revelou que, numa escala de 0 a 10 (na qual 0 indica resposta negativa ou contra, 5 indica resposta neutra, e 10 indica resposta positiva ou favorável), há muita divergência de opinião entre os profissionais de saúde entrevistados. Enquanto que a maioria das obstetrias é de entusiastas (média 9 na escala), a média dos médicos ginecologistas e obstetras foi de 5, e dos médicos pediatras e neonatologistas foi de 4. As obstetrias apoiam o plano governamental de aumentar o oferecimento de PDP (8,5 na escala), sendo neutro os ginecologistas e obstetras e contra os pediatras e neonatologistas (média 3 na escala) e indica que outras investigações devem ser realizadas para melhor compreensão das diferentes opiniões profissionais sobre esse local de parto (MCNUTT et al., 2014).

Existe também a situação de o profissional que realiza o pré-natal, não se dispor a ficar de sobreaviso caso houver uma transferência. Assim, os profissionais relataram falta de **Apoio médico** no momento do encaminhamento, o que dificulta o processo de transferência para a mulher e para a equipe. Essa dificuldade foi trazida mais especificamente pelos profissionais não-médicos, já que o médico, ao atender no domicílio, geralmente continua o acompanhamento no hospital: [...] *eles são parceiros de pré-natal [...] são parceiros das mulheres, eles não são parceiros da gente, são parceiros das mulheres, mas assim, pra um plano B eles já não aceitam mais* (P17). [...] *a gente não consegue estabelecer parceiros, médicos, obstetras e neonatologistas ou pediatras que possam ser nossos back ups [...]. [...] Porque a gente tem que ter, a gente entende que se você tiver um médico que te recebe e que recebe o casal, isso nossa, ameniza demais a ansiedade, o sofrimento [...]* (P8). [...] *a gente não consegue com tanta facilidade um médico pra back up [...]* (P13).

Essa falta de parceria entre os profissionais no atendimento hospitalar e domiciliar foi revelada como sendo a segunda maior dificuldade enfrentada pelos enfermeiros obstetras americanos que além de não terem a retaguarda de médicos para a transferência, têm também a dificuldade para agendamento de consultas com médicos parceiros (VEDAM et al., 2009).

Quando as mulheres conseguem pactuar com algum profissional médico para dar atendimento hospitalar no caso de transferência, **o custo pode ser alto**, portanto, essa possibilidade não está disponível para a maioria das mulheres brasileiras, gerando essa dificuldade para os profissionais que prestam assistência no domicílio: [...] *esses médicos cobram muito caro, então não são todas as mulheres que têm acesso a isso* (P13). [...] *porque a gente atende todos os tipos de mulheres né [...] mas eu diria a maioria não tem back up* (P14). Mesmo quando encontram profissionais que se dispõem ficar de sobreaviso e receber as mulheres e profissionais de saúde na instituição após o encaminhamento, não há garantia da manutenção da **filosofia** adotada pela equipe no atendimento no domicílio: [...] *agora assim, ter um back up estruturado, um back up que banca as mesmas coisas que a gente, a gente sente falta né* (P14). [...] *assusta muito a questão do encaminhamento né, e o preconceito que a mulher sofre, mesmo dos obstetras que se dizem humanizados, que se dizem* (P10).

Assim, para que os profissionais de saúde se adequem às necessidades das mulheres, é imprescindível que haja mudança no paradigma de atendimento por meio da apreensão de novos conhecimentos e da atualização na formação de médicos e enfermeiros, a fim de respeitarem a fisiologia do processo parturitivo e a autonomia feminina, priorizando o princípio da não-intervenção (MALHEIROS et al., 2012). Essas mudanças poderão colaborar para que os profissionais das diferentes áreas passem a respeitar os limites de cada profissão, e as escolhas acerca do local de atendimento.

A dificuldade em encontrar uma instituição onde a mulher terá a continuidade da assistência de forma humanizada também traz o sentimento de frustração às *midwives* australianas, uma vez que após a transferência as mulheres são assistidas por profissional inadequado ou sem experiência e que demoraram a realizar intervenções necessárias ou realizam essas excessivamente (BALL et al., 2016).

Além da dificuldade relatada pelos profissionais de saúde de não contarem com apoio médico no pré-natal ou na transferência da mulher, eles também citaram dificuldades relacionadas ao **encaminhamento do RN**, principalmente no período logo após o parto: [...] *eu precisei encaminhar um bebê que depois de algumas horas do parto apresentou uma taquipnéia transitória, e a gente fez o encaminhamento pro hospital público, foi atendido, tudo bem, mas foi assim a custa de represália sabe?* (P8). [...] *principalmente se for internação do bebê* (P7). Alguns profissionais verbalizaram exemplos de situações nos quais manifestam o preconceito e a violência sofridos pelas famílias, o que

pode comprometer a confiança das famílias nos profissionais de saúde que prestam assistência no domicílio: [...] *Você sabe o que a pediatra de plantão teve a capacidade de falar pra família? Que “o bebê ficou icterico por que nasceu em casa!” [...] eles não colocaram o bebê em fototerapia, mas deixaram o bebê em observação, no hospital, internado lá, só de pirraça porque nasceu em casa (P15).*

Além do momento do nascimento, a dificuldade de atendimento ao RN também foi citada em outras situações: *A pediatra atende, mas a famosa frase: “Ainda bem que deu certo né? Porque você colocou o seu bebê em risco”. Ela atende, só que antes de começar o atendimento ela dá um sermão [risos] (P15).* Inclusive há relatos de que alguns profissionais negam o atendimento se o parto ocorreu no domicílio: [...] *Porque tentou marcar consulta várias vezes no consultório. “Que hospital nasceu? Nasceu em casa. Ah a gente não atende” (P15).* Mesmo em países onde o PDP é parte integrante do serviço de saúde, como na Austrália, alguns neonatos são examinados clinicamente, de forma excessiva ou desnecessariamente, somente pelo fato de terem nascido no domicílio (BALL et al., 2016).

Como o atendimento no domicílio é realizado de forma privada e não está amparado pelas políticas públicas brasileiras, os profissionais de saúde relataram a **inexistência de um apoio hospitalar formalizado**, como parte de um protocolo, para receber de forma respeitosa essa mulher, RN e/ou família e os profissionais: [...] *ai a gente pensou: vamos pra qual hospital agora? Era sete horas da noite, se a gente for pro hospital particular, o anestesista não vai [...] se a gente for pro SUS, ah quem é que é o plantonista do SUS, nossa como que ela vai ser tratada nesse SUS (P6).* Ademais, a **estrutura física**, da maioria das instituições, e as condutas adotadas não seguem os preceitos de humanização, como desejam os profissionais de saúde, as mulheres e famílias: [...] *nenhum hospital permite hoje aqui um parto no quarto, os partos têm que ser no centro cirúrgico [...] porque aqui não tem hospital particular com anestesista que fica presencial 24 horas. Os pediatras fazem condutas erradas [...] (P6).* [...] *um hospital que não tem pediatra não adianta nada né? [...] (P12).* Embora o Ministério tenha desenvolvido políticas públicas, sancionado leis, instituído prêmios para que as maternidades se tornassem lugares mais atrativos e que oferecessem assistência de melhor qualidade, e que as intervenções fossem utilizadas de forma bastante reduzida, infelizmente essas metas não têm sido alcançadas plenamente, como apontam os resultados do Inquérito Nacional sobre parto e nascimento (LEAL et al., 2014) Essa pesquisa mostra que somente 5% das mulheres que tiveram seus partos

nas instituições de saúde não tiveram nenhuma intervenção no trabalho de parto e parto. Na prática obstétrica brasileira há uma pressa para que o parto e nascimento ocorram, assim, muitas vezes as mulheres acabam sendo expostas aos riscos das iatrogenias no parto hospitalar (LEAL et al, 2014). Diante desse cenário, torna-se urgente a contínua discussão da humanização nos hospitais brasileiros, uma vez que, se eles oferecessem as mesmas oportunidades de atendimento que as mulheres buscam no domicílio, seriam escolhidos como local de parto (MEDEIROS, SANTOS, SILVA, 2008; FRANK, PELLOSSO, 2013).

A falta de um suporte institucional trouxe à tona a necessidade de ser estabelecido formalmente um **fluxo de transferência entre o domicílio e o hospital**, seja no sistema público ou no sistema privado, como acontece em outros países: [...] *não ter uma rede estabelecida com o fluxo para o encaminhamento* [...] (P1). [...] *então não existe um sistema que acolha as parteiras e as mulheres e família, para uma necessidade de encaminhamento é muito ruim, fragiliza demais a proposta* (P8). [...] *porque não existe um sistema criado e funcionando, como na Europa por exemplo. [...] tivesse atuando sem ter uma retaguarda* (P4).

Mesmo em país, como a Austrália, que existe um protocolo para transferência as *midwives* se deparam com certas dificuldades como por exemplo a demora em decidir qual hospital irá receber a mulher e o tempo gasto para viabilizar a transferência (BALL et al., 2016).

A implementação desse sistema formal de encaminhamento do parto domiciliar para o hospitalar poderá servir para que não haja atraso na hora da transferência, tal qual ocorre em outros países. Estudo realizado no Irã relatou que pode existir um atraso no encaminhamento, uma vez que muitas vezes a obstetrix é ameaçada e não respeitada pelos profissionais de saúde das instituições (TABATABAIE; MOUDI; VADADHIR, 2012), mostrando que não só na realidade brasileira existe preconceito e desrespeito quanto à opção do local de parto e nascimento feita pela mulher, família ou profissionais da saúde.

Como a maioria dos entrevistados mora em centro urbano de grandes cidades brasileiras, uma outra dificuldade relatada foi o **trânsito**: [...] *o trânsito dificulta muito* (P4). [...] *lidar com engarrafamento, com distâncias* (P7). *E o trânsito né, porque o trânsito do X é o ó* [...] (P13).

Além de todas as dificuldades que permeiam o encaminhamento como não ter um médico e instituição de retaguarda, fluxo formalizado, e o trânsito ser ruim, alguns profissionais disseram que essa transferência pode ser ainda mais complicada quando o **atendimento na**

instituição é realizado por profissional de saúde que não respeita a opção do local de parto. Assim, vários entrevistados mencionaram desrespeito à mulher/família, e à equipe: [...] *tem o preconceito dos profissionais que vão receber essas famílias* (P1). [...] *dependendo do profissional a gente ainda é maltratado [...] chega a ser maltratado, questionado, diminuído. [...] é uma loteria, a gente não sabe como vai ser tratado* (P11). [...] *foi bem intenso sabe, a gente achou que a gente ia sair de lá presa, que o profissional ia chamar a polícia pra gente. Foi assim, foi SUS, foi hospital escola, foi CAÓTICO! [...] violência para com a mulher e para conosco né, com os profissionais* (P14). [...] *a forma que vamos ser acolhidos nos hospitais, pra mim essa é a maior dificuldade.* (P7). [...] *”eu quero o nome da equipe que te atendeu porque eu vou ao Conselho Tutelar fazer uma denúncia”* (P8). [...] *quando acontece da gente ter que remover, olhar pra gente e assim: “lá vem as loucas, né”* (P7). Em alguns relatos foi evidenciado inclusive a negação de atendimento: [...] *a médica disse assim: “tu sabes que eu posso não te atender, me recusar a te atender”* (P17). [...] *“olha, eu vou atender, mas não deveria”* (P15).

Para as *midwives* australianas a recepção no hospital é vista com incertezas, uma vez que não sabem como serão tratadas, pois atitudes hostis, de julgamentos e de agressividade são frequentes. Quando conhecem os profissionais que atuam nos hospitais são tratadas com respeito e confiança, sendo acolhidas na recepção do hospital. (BALL et al., 2016).

Alguns entrevistados relataram que os profissionais do hospital questionam as condutas dos profissionais que atendiam no domicílio, fazendo com que as mulheres fiquem contra a equipe, Aqui, mais uma vez, denota-se a tentativa de **fragilizar a opção do PDP**, e os profissionais de saúde que assistem nesse contexto: *Então eu acho que é ainda pior quando a mulher cai no sistema e a mulher fica contra nós [...] quando a mulher que você trabalhou o pré-natal, conversou, explicou, aí ela caiu no sistema: “poxa vida, a parteira tava errada, tá maluca, o que que ela fez, me deixou em casa todo esse tempo”.* [...] *quando ela fala que é um parto domiciliar, eles fazem uma lavagem cerebral que elas passam a acreditar que tava tudo errado mesmo* [...] (P14). [...] *o SAMU ainda fez uma palhaçada com a gente, colocou a foto do bebê entubado na internet* (P15).

Profissionais de saúde que moram em cidades nas quais o sistema hospitalar é precário, e a assistência obstétrica é muito intervencionista relataram que, muitas vezes, apesar de considerarem que certas mulheres deveriam ser assistidas no hospital, acabam optando pelo parto

domiciliar, ou retardam a transferência, situações que podem gerar **maior risco no domicílio**: *Às vezes a gente sabe que não era o melhor pra aquele caso ter o parto domiciliar, mas aí a gente acaba levando um pouco mais em casa pra evitar ter que ir pro hospital. [...] o caso por exemplo de pacientes que tenham diabete gestacional controlado, às vezes faz o diagnóstico lá pelo GTT [teste de tolerância à glicose] e aí ela mantém o dextro [teste para aferição da glicemia capilar] bom, ganho de peso bom, o bebê com ultrassom normal, aí a gente fica tentado pra ficar com ela em casa, só que não era o certo por exemplo. [...] ela tem duas cesáreas e quer um parto normal [...] mas em que hospital? (P6). Mas foi uma situação que a gente segurou um pouco e realmente, essa foi a razão, o medo do que a gente iria enfrentar na hora que a gente chegasse com essa mulher no hospital sangrando lá né (P15).*

No Brasil, atualmente inexistente um protocolo padronizado para a inclusão de mulheres no atendimento ao PDP, dessa forma, cabe aos profissionais a decisão pela adoção ou não de critérios de inclusão para as mulheres. Os relatos dos profissionais revelaram que mulheres atendidas no domicílio não são somente as de risco habitual o que merece atenção e reflexão, pois podem colocar em risco a segurança materna, fetal e neonatal, e conseqüentemente fragilizar essa prática no meio assistencial e social.

Dessa forma, as dificuldades relatadas pelos profissionais são decorrentes principalmente da falta de integração entre a assistência domiciliar e a hospitalar, do medo de submeter a equipe e família ao desrespeito ou ao preconceito na chegada ao hospital, além do que é sabido que no hospital a chance de a mulher ter um parto normal sem intervenção é bastante reduzida.

A comunicação, entre os profissionais que atendem no domicílio e no hospital, é o pilar mais importante para que a transferência ocorra de modo mais tranquilo, apesar disso, muitas vezes é estressante, intimidadora e desanimadora (BALL et al., 2016).

A falta de colaboração dos hospitais e médicos resulta em atraso na transferência, especialmente quando as mulheres têm medo de como serão recebidas. Um sistema integrado com a atenção hospitalar é essencial para melhores resultados maternos e neonatais, pois quando existe diálogo e colaboração todos são beneficiados. Além disso, as mulheres e famílias têm o direito de serem respeitadas, cuidadas e atendidas (VEDAM et al., 2014). Portanto, é importante salientar que para garantir a continuidade do atendimento com segurança da mãe e do RN é necessário que haja respeito mútuo entre os profissionais de saúde,

e o reconhecimento da contribuição que cada profissional tem no processo de parto e nascimento (WHO, 2004).

Assim, muitos estudos internacionais têm discutido os aspectos que envolvem a transferência nos atendimentos iniciados no domicílio, sendo que o foco tem sido a melhoria da segurança desse tipo de atendimento, a construção de protocolos, os benefícios de trabalhar interdisciplinarmente e como minimizar as dificuldades encontradas na transferência (VEDAM et al., 2014; DE JONGE et al., 2014b).

A transferência é relatada pelos profissionais como muito difícil haja vista a inexistência de apoio médico, hospitalar e de um fluxo formalizado de referência para a transferência, além disso, é frequente o preconceito e maus tratos vivenciados por todos os envolvidos no PDP, mulheres, famílias e profissionais.

CONCLUSÕES

No atual modelo de saúde brasileiro inexistente um fluxo formalizado de transferência da mulher ou do RN do domicílio para o hospital, nem de uma instituição de saúde, e equipe multidisciplinar de apoio que possam contribuir para a segurança do atendimento à mulher e ao RN no domicílio. Além disso, não é assegurado que haja uma recepção adequada no âmbito hospitalar para o profissional de saúde, a mulher, o RN e a família, que podem sofrer preconceito, discriminação e rejeição. Essa dificuldade foi relatada como empecilho para pronta transferência, retardando a decisão do profissional de saúde ou da família que muitas vezes prefere omitir que pretendia o parto no domicílio.

Em face das dificuldades relatadas quanto ao encaminhamento, é imprescindível que se inicie uma discussão que vá além de opiniões e de crenças pessoais, nas diferentes esferas profissionais e governamentais, com vistas à criação de políticas públicas que amparem a gestante na escolha do domicílio como um local de nascimento.

Assim, poderia ser instituído um sistema organizado de referência hospitalar e de suporte médico no caso de uma transferência, para que as situações de emergência fossem prontamente assistidas no âmbito hospitalar.

É recomendável uma revisão das grades curriculares, principalmente da Medicina, da Enfermagem e da Obstetrícia para preparar esses profissionais para essa modalidade de atendimento, e também reduzir ou quiçá eliminar o preconceito acerca dessa prática.

Assim, as mulheres, RN, famílias e profissionais serão respeitados e melhor acolhidos quando precisarem ser atendidos nas instituições de saúde. Além disso, a opção cada vez mais frequente das mulheres pelo parto no domicílio, urge que o mesmo seja oferecido pelo Sistema Único de Saúde brasileiro para que todas as mulheres tenham acesso a todos os serviços.

REFERÊNCIAS

ACOG. The American College of Obstetricians and Gynecologists Issues Opinion on Planned Home Births. **ACOG**, v. 117, p. 425-8, fev. 2011. Disponível em: <<http://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/News-Releases/2011/The-American-College-of-Obstetricians-and-Gynecologists-Issues-Opinion-on-Planned-Home-Births>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

BALL, C. et al. Under scrutiny: Midwives' experience of intrapartum transfer from home to hospital within the context of a planned homebirth in Western Australia. **Sex Reprod Healthc.** v. 8, p. 88-93, 2016. doi: 10.1016/j.srhc.2016.02.009. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575616000276>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.

BLIX, E. et al. Transfer to hospital in planned home births: a systematic review. **BMC Pregnancy Childbirth**, 2014. doi: 10.1186/1471-2393-14-179. Disponível em: <<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-179>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos, **Coleção de Leis da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2012.

BURIGO, A.B. **Planejando o parto no domicílio e tendo que parir no hospital: significado da experiência para as mulheres**, 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

COLACIOPPO, P.M. et al. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Referência**. Coimbra, v. serIII n. 2, p. 81-90, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832010000400009&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 set. 2013.

COOK, E.; AVERY, M.; FRISVOLD, M. Formulating evidence-based guidelines for certified nurse-midwives and certified midwives attending home births **J Midwifery Womens Health**. v. 59, n. 2, p. 153-9, 2014. Doi: 10.1111/JMWH.12142.

CUNHA, A.A. A controvérsia do parto domiciliar. **FEMINA**, v. 40 n. 5, p. 253-62, 2012. Doi: 10.1186/1742-4755-9-5. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n5/a3415.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2013.

DAVIS, D. et al. Planned place of birth in New Zealand: does it affect mode of birth and intervention rates among low-risk women? **Birth**, v. 38, n. 2, p. 111-9, jun. 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2010.00458.x/abstract?>>. Acesso em: 21 set. 2013

DE JONGE, A. et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low risk planned home and hospital births. **BJOG**, Leiden, v.116, n. 9, p. 1177-1184, ago. 2009.

_____. Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. **BMJ**, v. 346, p. 1-10, jun. 2013. Doi: 10.1136/bmj.f3263. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/346/bmj.f3263>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

_____. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. **BJOG**, v. 722, n. 5, p. 720-728, 2014 a. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25204886>>. Acesso em: 10 nov 2015.

_____. Continuity of care: what matters to women when they are referred from primary to secondary care during labour? A qualitative interview study in the Netherlands. **Bio Med Central**, v. 14, p. 1-11,

2014b. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3995441/>>. Acesso em: 12 fev. 2015.

FEYER, I.S.S; MONTICELLI, M.; KNOBEL, R. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 17, n. 2, p. 298-305, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000200014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 28 nov. 2014.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. saúde pública**. Rio de Janeiro, n. 27, v. 2, p. 389-394, fev. 2011.

FRANK, T.C.; PELLOSO, S.M. A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. **Rev. gaúcha enferm**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 22-29, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 set. 2013.

FRIESE, S. **Qualitative data analysis with ATLAS.ti**. London: Sage; 2012.

HOMER, C.S.et al. Birthplace in New South Wales, Australia: an analysis of perinatal outcomes using routinely collected data. **BMC Pregnancy Childbirth**, p. 1-12, 2014. Disponível em: <<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-206>>. Acesso em: 20 mar.2015.

KEIRSE M.J.N.C. Home birth: gone away, gone astray, and here to stay. **Birth**, v.37, n.4, p.341-6, dec. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2,1083728>> Acesso em: 23 set. 2013.

KOETTKER, J.G. et al, Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 747-50, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012005000051&script=sci_arttext>. Acesso em 21 set. 2013.

KOETTKER, J.G.; BRUGGEMANN, O.M.; DUFLOTH, R.M. Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.47 n.1, p. 15-21, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000100002&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 set. 2013.

LAGE, M. C. Os softwares tipo CAQDAS e a sua contribuição para a pesquisa qualitativa em educação. **Educ. Tem. Dig**, Campinas, v. 12, n. 2, p. 42-58, jan./jun. 2011.

LEAL, M.C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, p. 17-47, 2014. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

LESSA, H.F. et al. Informação para opção pelo parto domiciliar planejado: um direito de escolha das mulheres. **Texto & contexto enferm**, v. 23, n. 3, p. 665-72, 2014. doi: doi.org/10.1590/0104-07072014000930013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00665.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2015.

MALHEIROS, P.A. et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto & contexto enferm.**, v. 21, n. 2, p. 329-37, agos. 2012. doi: 10.1590/S0104-07072012000200010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200010>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

MCNUTT, A. et al. Opinions of UK perinatal health care professionals on home birth. **Midwifery**, v. 30, n. 7, p. 839-46, 2014. Doi:

10.1016/j.midw.2013.08.007. Disponível em: <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(13\)00244-1/pdf](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(13)00244-1/pdf)>. Acesso em: 21 mar. 2014.

MEDEIROS, R. M. K.; SANTOS, I. M. M.; SILVA, L. R. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 765-772, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a22.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2013.

MICHAL, C. A. et al. **Planned home vs hospital birth: a metaanalysis gone wrong.** 2011. Disponível em: <<http://www.medscape.com/viewarticle/739987>>. Acesso em 4 jan. 2011.

SANFELICE, C.F.O.; SHIMO, A.K.K. Parto domiciliar: avanço ou retrocesso? **Rev. gaúcha enferm**, v. 35, n. 1, p. 157-60, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.41356>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

TABATABAIE, M.G.; MOUDI, Z.; VEDADHIR, A. Home birth and barriers to referring women with obstetric complications to hospitals: a mixed-method study in Zahedan, southeastern Iran. **Bio Med Central**, v. 9, n. 5, p. 1-10, 2012. Doi: 10.1186/1742-4755-9-5. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3353872/>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

VEDAM, S. et al. Nurse-Midwives' Experiences with Planned Home Birth: Impact on Attitudes and Practice. **Birth**, v. 36, n. 4, p. 274-82, dec. 2009.

VEDAM, S. et al. Transfer from planned home birth to hospital: improving interprofessional collaboration. **J Midwifery Womens Health**, v. 59, n. 6, p. 624-34, 2014. doi: 10.1111/jmwh.12251. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12251/abstract;jsessionid=B4D3C43ECAB0A30838F67DBA73A4085F.f02t01>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

WAX, J.R. et al. Maternal and newborn morbidity by birth facility among selected United States 2006 lowrisks births. **Am J Obstet Gynecol**, v. 202, n. 2, 2010. Disponível em: <[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(09\)01111-9/abstract](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(09)01111-9/abstract)>. Acesso em 21 set. 2013.

WHO. **Safe motherhood.** Care in normal birth: a practical guide. Geneva. World Health Organization, 1996.

_____. **Making pregnancy safer:** the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva. World Health Organization, 2004.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diferentemente da realidade de outros países, como no caso da Holanda, onde o PDP é custeado e incentivado pelo governo, o MS brasileiro reafirmou, nas diretrizes para a assistência ao parto publicadas em 2016, que esse local de parto não faz parte do rol de serviços oferecidos pelo sistema público de saúde.

Nacionalmente, ainda é recente o atendimento ao parto domiciliar por profissional qualificado e de forma planejada, assim não dispomos de um sistema de registro, já que os dados do SINASC não diferem os dados desses nascimentos dos não planejados. A produção deste estudo, e de outros, instiga a reflexão sobre a necessidade de se implantar um sistema de informação sobre a assistência ao PDP no Brasil.

É imprescindível que se produza mais pesquisas, a fim de revelar indicadores que confirmem a segurança materna e neonatal. Apesar desse contexto, é notória a crescente procura de mulheres pelo parto domiciliar, e como consequência, a inserção de maior número de profissionais de saúde que se dispõem a quebrar o paradigma de que a segurança só é obtida no ambiente hospitalar e passam a atender o desejo das mulheres.

As enfermeiras obstétricas, em especial, reivindicam maior autonomia, já que no Brasil a assistência obstétrica é prestada na sua maioria por médicos, e a disputa pela assistência, em especial, no parto, é constante nos contextos onde esses profissionais trabalham juntos. Praticamente a totalidade das mulheres brasileiras recebe assistência no hospital, a qual, na maioria das vezes é intervencionista e contribui para as altas taxas de cesárea, tanto no sistema público quanto no sistema privado.

Além da busca por autonomia, a insatisfação com o modelo hospitalocêntrico e intervencionista, centrado na figura do médico, vivenciado pela maioria dos entrevistados, atrelado à violência obstétrica, foram determinantes para que os profissionais buscassem um local de parto onde pudessem assistir ao parto de forma humanizada, propiciando o empoderamento da mulher e o respeito à fisiologia parturitiva.

O resultado da abordagem quantitativa deste estudo confirma, o que outros já realizados no Brasil apontaram, ou seja, que a maioria dos atendimentos no domicílio é prestado por enfermeiras obstétricas. Na abordagem qualitativa, essas profissionais relataram que uma das razões encontradas para prestar assistência domiciliar está intimamente ligada

com a busca pela autonomia e valorização profissional, já que no hospital, muitas vezes, é tolhida da possibilidade de exercer as atividades assistenciais que são amparadas pela Lei do Exercício Profissional. Assim, buscam um local de parto e nascimento contra hegemônico, no qual encontram liberdade de atuação e satisfação profissional. Já os médicos, segunda categoria profissional que prestou atendimento no domicílio, relataram que buscam no domicílio um local para basear suas condutas em decisão própria e sem influências de outros profissionais. Além disso, alguns informaram que mulheres não consideradas de risco obstétrico habitual acabam sendo atendidas em casa, uma vez que a realidade obstétrica na sua cidade é bastante intervencionista e não respeitosa.

Considerando a média de idade dos profissionais, de tempo de formação e de atendimento ao parto domiciliar, atrelado a informação de que a maioria não trabalha em instituição pública ou privada, leva a pensar que são profissionais com um certo tempo de formado e que provavelmente trabalharam anteriormente em instituições. Vale ainda indagar se muitos passaram somente a atender no domicílio frente aos aspectos positivos desse contexto, uma vez que já estão assistindo mulheres nesse contexto há cerca de seis anos.

Se no Brasil a assistência obstétrica é centrada na figura médica, em muitos países, especialmente na Europa é centrada na *midwife*. A assistência prestada por essa profissional apresenta resultados menos intervencionista e mais satisfatórios quando comparados a profissionais de outras categorias. Dessa forma, o Governo brasileiro há vários anos, e mais recentemente com a Rede Cegonha, tenta resgatar o papel das enfermeiras obstétricas e das obstetrizes, com proposta de abertura de centros de partos normal.

Diversos estudos, inclusive uma revisão da Cochrane, apontam que os resultados da assistência podem ser modificados em relação a categoria profissional, assim como existe consenso nos estudos que a assistência prestada à mulher no ambiente domiciliar é menos intervencionista, inclusive com altas taxas de parto normal após cesárea. Este estudo reforça esse resultado e ainda mostra baixa taxa de cesárea nas mulheres transferidas para o hospital, frente a exorbitante taxa brasileira.

Os resultados da abordagem quantitativa apontam que a maioria das mulheres que opta pelo parto domiciliar realiza seu desejo e que a prática obstétrica é menos intervencionista quando comparada com a assistência que é realizada na maioria dos hospitais brasileiros.

Apesar de escassos, os estudos publicados com dados brasileiros demonstram resultados promissores dessa prática, assim como os divulgados na maioria das pesquisas internacionais. Diferente desses, no Brasil os estudos, até então publicados, descreveram que a proporção de primíparas é maior do que de múltíparas que optam pelo PDP, resultado confirmado neste estudo.

Em relação aos resultados neonatais, vale salientar que o pequeno tamanho da amostra, não representativa da população de mulheres assistidas nas diferentes Regiões estudadas e do Brasil, impossibilita gerar indicadores.

O desejo das primíparas pelo PDP já na primeira gestação, constatado neste estudo, e em outros brasileiros anteriores, pode estar evidenciando uma fuga do modelo obstétrico atual e a busca por um modelo onde elas se sintam mais seguras e plenas para vivenciar o processo parturitivo de forma fisiológica.

Estudos envolvendo os profissionais que optam por prestar assistência no domicílio são escassos e principalmente aqueles relacionados às dificuldades enfrentadas ao assistir nesse local parturitivo.

A transferência materna e/ou neonatal para o hospital é o maior obstáculo enfrentado pelos profissionais de saúde e pelas mulheres e famílias e trata-se de um tema bastante polêmico. A taxa encontrada, especialmente em se tratando de uma amostra com maior número de primíparas nos remete a algumas inferências, tendo como base os relatos dos profissionais que participaram da abordagem qualitativa. Os profissionais parecem protelar a transferência pelo receio de que a mulher, a família e ele próprio sofram preconceito, violência ou discriminação no ambiente hospitalar. Além disso, os profissionais permanecem em casa o máximo de tempo possível, na tentativa de evitar uma cesárea, uma vez que na maioria dos hospitais as taxas de intervenções e de cesáreas são elevadas. Entretanto, nas cidades onde os profissionais contam com apoio de hospital de referência e nos acompanhamentos realizados pelos médicos as dificuldades tendem a ser reduzidas. A realização de estudos objetivando esclarecer se existe associação ou correlação entre a taxa de transferência e a categoria profissional nas diferentes Regiões do Brasil é necessária.

Os resultados da abordagem quantitativa demonstram que as mulheres que precisam ser transferidas optam mais pela internação no setor privado. As mulheres preferem ser atendidas pelo médico do pré-natal ou pelo médico que já prestava o atendimento no domicílio na tentativa de minimizar preconceito e/ou discriminação, aspectos

elucidados pelos informantes, na abordagem qualitativa. Também foi relatado pelos profissionais de saúde que no âmbito hospitalar não é assegurado que haja uma recepção adequada, assim, muitas vezes as mulheres preferem omitir que pretendiam o parto no domicílio, o que pode afetar negativamente os resultados maternos e neonatais.

Diante desse contexto, recomenda-se uma revisão das grades curriculares, principalmente da Enfermagem, da Obstetrícia e da Medicina para preparar os profissionais para essa modalidade de atendimento, e também reduzir, ou quiçá, eliminar o preconceito acerca do PDP. Assim, as mulheres, os RN, as famílias e os profissionais serão respeitados e melhores acolhidos quando precisarem ser atendidos nas instituições de saúde.

A inexistência de um fluxo de referência formalizado para transferência materna e/ou neonatal entre o atendimento no domicílio e no hospital foi outra dificuldade relatada pelos profissionais de saúde, uma vez que a maioria referiu que inexistia na sua cidade esse fluxo. Torna-se necessária a discussão dessas dificuldades no sentido de assegurar o melhor bem-estar e segurança materna e neonatal.

Em contrapartida, apesar das dificuldades relatadas anteriormente, existem diversas razões que impulsionam os profissionais de saúde a assistir ao parto no domicílio, entre elas está o desejo das mulheres. As dúvidas e a inexperiência profissional de atendimento nesse contexto não foram impeditivas para atender nesse local. Um aspecto facilitador é o apoio e o incentivo de colegas que já atendiam no domicílio, oferecendo subsídios para o início dessa assistência.

Quanto aos aspectos que podem facilitar o atendimento ao PDP, os profissionais relataram que o mais importante é acreditar no domicílio como local ideal para assistência ao parto fisiológico; de forma que esse ambiente propicia a autonomia da parturiente, previamente empoderada para vivenciar o processo parturitivo fisiológico.

Entre as facilidades próprias do ambiente domiciliar foram destacadas a negociação de condutas e o uso de outras possibilidades no acompanhamento do trabalho de parto, uma vez que os profissionais geralmente não sofrem influência de outros profissionais ou de rotinas rígidas, o que propiciou realização profissional.

Um outro aspecto importante relatado pelos profissionais, na abordagem qualitativa, como facilitador foi poder realizar esse atendimento em equipe, e os resultados quantitativos confirmaram que a maioria dos profissionais atende o período expulsivo em dupla ou em

trio. Sendo que além da enfermeira obstétrica ser a principal responsável, é também a segunda mais presente.

Como quase a totalidade dos profissionais que participaram da abordagem quantitativa eram do sexo feminino, para algumas entrevistadas, ter vivenciado o seu próprio parto no domicílio, em ambiente aconchegante e seguro, foi também um incentivador para oferecer essa possibilidade para outras mulheres.

No desenvolvimento desta pesquisa, a criação do banco de dados foi trabalhosa, e apesar dos vários testes realizados por diferentes profissionais, e o acompanhamento contínuo do preenchimento, ainda foi encontrada falha de registro acerca do profissional que prestava assistência nos casos de encaminhamento. Além disso, apesar de a maioria das respostas serem fechadas, muitos profissionais utilizaram o espaço “outro” para detalhar a resposta de perguntas com alternativa já existente dificultando a análise dos dados.

Estar há mais de 15 anos participando de eventos na área de obstetrícia, juntamente com a técnica de amostragem de bola de neve, que possibilitou o acesso aos profissionais que não faziam parte da minha rede social, não foram suficientes para obter alta adesão a esse projeto, principalmente pelas obstetrias, que foram as que mais declinaram em participar.

O tempo de coleta de dados foi suficiente para poder obter dados dos resultados dessa assistência nas Regiões estudadas e com amostra maior do que os estudos previamente publicados, apesar de não representativa. Cabe destacar que, até então, é o primeiro estudo com coleta prospectiva de dados, com duração de um ano, e que contou com a participação de 49 profissionais de saúde, representando 36 equipes de atendimento ao PDP nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil.

Apesar disso, é importante salientar que a maior limitação deste estudo foi a impossibilidade de realizar o cálculo amostral, pela falta da prevalência desse tipo de atendimento no Brasil. Assim, os resultados não têm poder estatístico para discorrer sobre a segurança desse local de parto, principalmente em relação aos resultados neonatais. Tal estudo demandaria muito tempo, uma vez que primeiramente há a necessidade de estimar a prevalência do parto no ambiente domiciliar de forma planejada, atendido por profissional qualificado, para depois poder realizar cálculo amostral, que não seria factível para o tempo disponível no Curso de Doutorado.

Ainda quanto as limitações, vale salientar que este estudo tem um potencial viés, uma vez que as mulheres que optam pelo PDP buscam a

vivência do parto fisiológico, rejeitam intervenções e não desejam a cesárea como primeira via de parto, diferente das mulheres que optam pelo parto hospitalar e que realizam uma cesárea com data agendada. Além do mais, como a participação dos profissionais em disponibilizar os dados foi voluntária não se pode afirmar com 100% de certeza que todos os atendimentos foram inseridos no banco e se foi excluído algum resultado negativo.

Na abordagem qualitativa, todos os profissionais convidados aceitaram prontamente o convite, mostrando que também é um desejo deles relatar as razões por iniciar o atendimento domiciliar e os aspectos que podem facilitar a sua prática. Foi notória a necessidade de compartilhar as dificuldades enfrentadas na sua prática, objetivando melhorar a segurança materna e neonatal na assistência domiciliar.

No desenvolvimento desta etapa da pesquisa, apesar da dificuldade em lidar com novas tecnologias, o programa computacional ATLAS.ti – versão 7 foi uma excelente ferramenta para auxiliar na organização e a codificação das informações. A análise dos dados de acordo com Análise de Conteúdo de Bardin foi primordial para que o grande número de informações fosse sintetizado e categorizado.

O número limitado de referências relacionadas à vivência dos profissionais no atendimento ao parto domiciliar dificultou a discussão em profundidade dos achados encontrados. Sendo assim, é importante a realização de outros estudos com o mesmo objetivo para desvelar resultados semelhantes ou contrários a este e quem sabe apontar avanços frente as dificuldades encontradas no presente estudo.

Em face às dificuldades relatadas pelos profissionais de saúde quanto à transferência, é imprescindível que se inicie uma discussão que vá além de opiniões e de crenças pessoais, nas diferentes esferas profissionais e governamentais, com vistas à criação de políticas públicas que amparem a gestante na escolha do domicílio como um local de nascimento, e que minimize ou que essas dificuldades sejam abolidas. Consequentemente, acredita-se que possa existir colaboração interprofissional para respeitar profissionais e famílias ao chegarem no hospital em momento de extrema fragilidade emocional, no sentido de assegurar um atendimento adequado a todos que optam pelo domicílio como local parturitivo.

Dessa forma, sugere-se a inserção desse tipo de atendimento no SUS para que todas as brasileiras possam ter acesso ao PDP assistido por profissional qualificado, independentemente da situação socioeconômica.

Os resultados deste estudo mostram que o ambiente domiciliar pode ser uma opção de local de parto para as mulheres que buscam uma prática obstétrica menos intervencionista, desde que atendido por profissional qualificado, conforme a OMS, de forma planejada, que siga um rigoroso protocolo para inserção de mulheres. Os achados são congruentes aos principais estudos internacionais, de base populacional, onde a prática domiciliar está amplamente amparada nas políticas públicas, o que ocasiona dificuldade de comparação dos dados, principalmente os relacionados às transferências.

Cabe destacar que os dados coletados e não analisados nesta tese serão posteriormente avaliados e divulgados através de outras publicações, especialmente os que se referem aos fatores preditores para a transferência materna.

Apesar das dificuldades, relatadas pelos profissionais de saúde, o domicílio é o local de atendimento escolhido para atuarem com autonomia, uma vez que possuem liberdade para escolha de condutas, baseada em evidência científica, e possibilidade de respeitar a fisiologia do trabalho de parto, parto e nascimento, que contribuem para a satisfação pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS

ACKER, J.I.B.V. et al. As parteiras e o cuidado com o nascimento. **Rev. bras. enferm.**, v.59, n. 5, p. 747-51, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a10.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2015.

ACOG. The American College of Obstetricians and Gynecologists Issues Opinion on Planned Home Births. **ACOG**, v. 117, p. 425-8, fev. 2011. Disponível em: <<http://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/News-Releases/2011/The-American-College-of-Obstetricians-and-Gynecologists-Issues-Opinion-on-Planned-Home-Births>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

ALBUQUERQUE, E.M. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. 2009. 99f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.

AMELINK-VERBURG, M. P. et al. Evaluation of 280,000 cases in Dutch midwifery practices: a descriptive study. **BJOG**, Leiden, v. 115, p. 570 -578, 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18162116>. Acesso em: 20 set. 2010.

AMELINK-VERBURG, M. P.; BUITENDIJK, S.E. Pregnancy and labor in the Dutch maternity care system: What is normal? The role division between Midwives and Obstetricians. **Journal of Midwifery & Women’s Health**, v. 55, n. 3, may/jun, p. 216 -25, 2010. D oi: 10.1016/j.jmwh.2010.01.001. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20434081>. Acesso em: 13 ago. 2012

ANDREW, S; HALCOMB, E. **Mixed methods research for nursing and the health sciences**. United Kingdom: Ed. Sharon Andrew, Elizabeth Halcomb: 2009.

APP. American Academy of Pediatrics. Policy statement on planned home birth. **Pediatrics**, v. 131, p. 1016-20, 2013.

AZEVEDO, L.G.F. **Estratégias de luta das enfermeiras obstétricas para manter o modelo desmedicalizado na casa de parto David Capistrano Filho**. 2008. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

BALL, C. et al. Under scrutiny: Midwives' experience of intrapartum transfer from home to hospital within the context of a planned homebirth in Western Australia. **Sex Reprod Healthc**, v. 8, p.88-93, 2016. doi: 10.1016/j.srhc.2016.02.009. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575616000276>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.

BECG (BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. **BMJ Glob health**, 343, n.7400, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7400>>. Acesso em: 18 mar. 2012.

BEDWELL, C. et al. 'She can choose, as long as I'm happy with it': a qualitative study of expectant fathers' views of birth place. **Sex Reprod Healthc**, v. 2, n. 2, p. 71-5, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575610000893>>. Acesso em: 21 set. 2013.

BLIX, E. et al. Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: a retrospective cohort study. **Sex Reprod Healthc**, v. 3 n. 4, p. 147-53, dec. 2012. Disponível em < [http://www.srhcjournal.org/article/S1877-5756\(12\)00048-1/abstract?cc=y=>](http://www.srhcjournal.org/article/S1877-5756(12)00048-1/abstract?cc=y=>) Acesso em: 19 mar. 2013.

BLIX, E. et al. Transfer to hospital in planned home births: a systematic review. **BMC Pregnancy Childbirth**, 2014. doi: 10.1186/1471-2393-14-179. Disponível em: < <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-179>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

BLIX, E. et al. Transfer to hospital in planned home births in four Nordic countries – a prospective cohort study. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 95, n 4, p. 420-8, 2016. Doi: 10.1111/aogs.12858. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12858/abstract>. Acesso em: 20 jul. 2016.

BORGES, M.S. et al. A construção do cuidado das parteiras tradicionais: um saber edificante. **Rev. bras enferm.**, v.60, n.3, p.317-22, mai-jun. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS. **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS, 2008b.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. 2011a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_1_saude_brasil_2010.pdf> Acesso em 7 abr. 2013.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília (DF): MS, 2012a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf. Acesso em 15 junho 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos, Coleção de Leis da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC/Dados preliminares Situação da base nacional em 23/12/2015, 2016a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/pnvuf.def>>. Acesso em: 10 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretriz Nacional de assistência ao parto normal. Relatório de recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BROWNER; NEWMAN; HULLEY. Estimando o tamanho de amostra e o poder estatístico: aplicações e exemplos. In: HULLEY, B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 127-144.

BURIGO, A.B. **Planejando o parto no domicílio e tendo que parir no hospital: significado da experiência para as mulheres**, 2013. 138f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

CALVETTE, M.F. et al. Planned home birth in Brazil with nurse-midwife assistance: perceptions of women and companions. **Midwifery Today Int Midwife**, n. 98, p. 55-8 68-9, 2011.

CATLING-PAUL, C. et al. Publicly funded homebirth in Austrália: a review of maternal and neonatal outcomes over 6 years. **Medical journal of Australia**, v. 198, n. 11, p. 616-20, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23919710>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

CECAGNO, S.; ALMEIDA, F.D.O. Parto domiciliar assistido por parteiras em meados do século XX numa ótica cultural. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 13, n.3, p. 409-413, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/a10v13n03.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2013.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23156:por-oferecer-maior-seguranca-cfm-recomenda-partos-em-ambiente-hospitalar&catid=3:portal. Acesso em: 12 jul. 2016.

CHENG, Y.W. et al. Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States. **AJOG**, v. 209, **Am J Obstet Gynecol**, n. 325, p. 1-8, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23791564>>. Acesso em> 30 nov. 2014.

CHEYNEY, M. et al. Outcomes of care for 16.924 planned home births in United States: the midwives alliance of North America statistic project, 2004 to 2009. **J Midwifery Womens Health**, p. 17-27, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24479690>>. Acesso em: 21 mar. 2015.

CHRISTIAENS, W.; BRACKE, P. Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. **Midwifery Today**, Belgium, v. 25, p. 11-19, abr. 2009. Disponível em: <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(07\)00038-1/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(07)00038-1/abstract)>. Acesso em: 21 set. 2013.

COLACIOPPO, P.M. et al. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Referência.**, Coimbra, v. serIII n. 2, p. 81-90, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832010000400009&script=sci_arttext>. Acesso em 21 set. 2013.

COLLAÇO, V.S. **Parir e nascer num novo tempo**: o significado para o casal do parto domiciliar planejado atendido por enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami. 2013. 365f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2013.

COOK, E.; AVERY, M.; FRISVOLD, M. Formulating evidence-based guidelines for certified nurse-midwives and certified midwives attending home births. **J Midwifery Womens Health**, v. 59, n. 2, p. 153-9, 2014. Doi: 10.1111/jmwh.12142.

CRESCER ONLINE. Parto de Lótus: “Mantive meu bebê ligado ao cordão umbilical durante seis dias”. Disponível em: <http://revistacrescer.globo.com/Curiosidades/noticia/2016/02/parto-de-lotus-mantive-meu-bebe-ligado-ao-cordao-umbilical-durante-seis-dias.html>. Acesso em: 16 ago. 2016.

CRIZÓSTOMO, C.D. et al., A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.11, n.1, p. 98-104, 2007.

CUNHA, A.A. A controvérsia do parto domiciliar. **FEMINA**, v. 40 n. 5, p. 253-62, 2012. doi: 10.1186/1742-4755-9-5. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n5/a3415.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2013.

DAHLEN, H. G. et al. The novice birthing: theorising first-time mothers' experiences of birth at home and in hospital in Australia. **Midwifery**, v. 26, n. 1, p. 53-63, fev. 2010. Disponível em: <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(08\)00020-X/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(08)00020-X/abstract)>. Acesso em: 21 set. 2013.

DAVIM, R. M. B.; MENEZES, R. M. P. Assistência ao parto normal domiciliar. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n. 6, p. 62-68, nov. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000600011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 set. 2013.

DAVIS, D. et al. Planned place of birth in New Zealand: does it affect mode of birth and intervention rates among low-risk women? **Birth**, v. 38, n. 2, p. 111-9, jun. 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2010.00458.x/abstract?>>. Acesso em: 21 set. 2013.

DAVIS-FLOYD, R; FABER, M.; VRIES, R. An Update on the Netherlands. **Midwifery Today Int Midwife**, p. 55-9, 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/236197639_An_update_on_the_Netherlands>. Acesso em: 10 nov. 2014.

DECLERCQ, E. et al. Home Birth. Base de dados UpToDate, 2008.

DE JONGE, A. et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low risk planned home and hospital births. **BJOG**, Leiden, v.116, n. 9, p. 1177-1184, ago. 2009.

_____. Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. **BMJ**, v. 346, p. 1-10, jun. 2013. doi: 10.1136/bmj.f3263. Disponível em: < <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f3263>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

_____. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. **BJOG**, v. 722, n. 5, p. 720-728, 2014a. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25204886>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

_____. Continuity of care: what matters to women when they are referred from primary to secondary care during labour? A qualitative interview study in the Netherlands. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 14, p. 1-11, 2014b. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3995441/>>. Acesso em: 12 fev. 2015.

DIAS, M.D. Histórias de vida: as parteiras tradicionais e o nascimento em casa. **Rev. eletrônica enferm.**, v.9, n. 02, p. 476-488, 2007. Disponível em: <http://projetos.extras.ufg.br/fen_revista/v9/n2/pdf/v9n2a14.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2016.

DOMINGUES, R.M.S.M., et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, p. 101-16, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017>. Acesso em: 26 abr. 2015.

ELDER, H. R.; ALIO, A.P.; FISHER, S.G. Investigating the debate of home birth safety: A critical review of cohort studies focusing on selected infant outcomes. **Jpn J Nurs Sci**, v.13, n.3, p.297-308, jul 2016. doi: 10.1111/jjns.12116. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26820113>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

ELHAMEEL, S.M.A. et al. Surgical repair versus non-surgical management of spontaneous perineal tears. **Cochrane database syst. rev.**, v. 8, 2011. doi: 10.1002/14651858.CD008534.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008534.pub2/full>>. Acesso em: 20 jul. 2013.

EBSEN, E.S. **Participação do acompanhante na atenção pré-natal: experiência dos profissionais de saúde da rede básica.** 2015. 139p.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/?p=7069>. Acesso em: 12 jul. 2016.

FEYER, I.S.S. **Rituais de cuidado das famílias no parto domiciliar em Florianópolis-SC**. 2011. 251f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

FEYER, I.S.S.; MONTICELLI, M.; KNOBEL, R. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 17, n. 2, p. 298-305, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000200014&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 28 nov. 2014.

FEYER, I.S.S. et al. Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. **Rer. bras. enferm.**, v. 66, n. 6, p. 879 – 86, nov-dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/11.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014

FIGO. Recommendations accepted by the General Assembly at the XIII World Congress of Gynecology and Obstetrics. **Obstet Gynecol Int J**, v. 38, p. 79-80, 1992. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0020-7292\(92\)90037-J](http://dx.doi.org/10.1016/0020-7292(92)90037-J). Disponível em: [http://www.ijgo.org/article/0020-7292\(92\)90037-J/pdf](http://www.ijgo.org/article/0020-7292(92)90037-J/pdf). Acesso em: 19 fev. 2014.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. saúde pública**. Rio de Janeiro, n. 27, v. 2, p. 389-94, fev. 2011.

FRANK, T. C. **Parto domiciliar planejado acompanhado por enfermeira**: a experiência da mulher, da família e do profissional. 2011. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá, 2011. Disponível em: <<http://nou-rau.uem.br/nou-rau/document/?code=vtls000195442>>. Acesso em: 21 set. 2013.

FRANK, T.C.; PELLOSO, S.M. A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. **Rev. gaúcha enferm**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 22-29, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 set. 2013.

FRIESE, S. **Qualitative data analysis with ATLAS.ti**. London: Sage; 2012.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Núcleo de Opinião Pública. Gravidez, filhos e violência institucional no parto. In: mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado: pesquisa de opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo 2010.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface**, Botucatu, v.16 n.40, p. 21-34, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 set. 2013.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GRUNEBAUM, A. et al. Perinatal risks of planned home births in the United States. **Am J Obstet Gynecol.**, p. 3250-2, 2014. doi: 10.1016/j.ajog.2014.10.021. Disponível em: <[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(14\)01063-1/pdfSummary](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(14)01063-1/pdfSummary)>. Acesso em: 21 mar. 2015

HALCOMB, E.J.; ANDREW, A.; BRANNEN, J. Introduction to mixed methods research for nursing and the Health Sciences. In: _____. **Mixed Methods Research for Nursing and the Health Sciences**. United Kingdom: Wiley-Blackwel, 2009.

HALFDANSDOTTIR, B. et al. Outcome of planned home and hospital births among low-risk women in Iceland in 2005–2009: a retrospective cohort study. **Birth**, v. 42, n.1, p. 16-26, mar. 2015. Disponível em: <http://cfpcwp.com/MCDG/wp-content/uploads/2015/01/Home-Birth-Iceland-birt12150.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2016.

HATEM, M. et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane database syst. rev.**, v.3, p. 01-101, 2009. Doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub2.

HATT, L. et al. Did professional attendance at home births improve early neonatal survival in Indonesia? **Health polity plan**, v. 24 n. 4, p. 270-8, 2009. Disponível em: <<http://heapol.oxfordjournals.org/content/24/4/270.long>>. Acesso em: 21 set. 2013.

HENDRIX, M. et al. Why women do not accept randomization for place of birth: feasibility of a RCT in the Netherlands. **BJOG**, v. 116 p. 537-44, 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2008.02103.x/pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2011.

HIRAIZUMI, Y.; SUZUKI, S. Perinatal outcomes of low-risk planned home and hospital births under midwife-led care in Japan. **J. Obst. Gynaecol**, v. 39, n. 11, p. 1500-04, nov. 2013. Doi: 10.1111/jog12094. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23855717>>. Acesso em: 30 jan. 2014.

HOANG, H., et al. The commonalities and differences in health professionals' views on home birth in Tasmania, Australia: a qualitative study. **Elsevier**, v. 26, p. 55-59, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22503370>>. Acesso em: 19 jun. 2014.

HOMER, C.S. et al. Birthplace in New South Wales, Australia: an analysis of perinatal outcomes using routinely collected data. **BMC Pregnancy Childbirth**, p. 1-12, 2014. Disponível em <<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-206>>. Acesso em: 20 mar.2015.

HUTTON, E.K.; REITSMA, A.H.; KAUFMAN, K. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canadá, 2003-2006: a retrospective cohort study. **Birth**, v. 36, n. 3, p. 180-9, 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2009.00322.x/pdf>>. Acesso em: 21 set. 2013.

JANSSEN, P.A. et al. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. **CMAJ, Vancouver**, v. 181 n. 6-7, p. 377-83, set. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2742137/>>. Acesso em: 21 set. 2013.

JANSSEN, P.A.; HENDERSON, A.D.; VEDAM, S. The experience of planned home birth: views of the first 500 women. **Birth**, v.36, n.4, p. 297-304, 2009. Doi: 10.1111/j.1523-536X.2009.00357.x.

JOHNSON, K.C.; DAVISS, B.A. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. **BMJ**, v. 330 n. 1416, dec. 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC558373/>>. Acesso em: 21 set. 2013.

JOHNSON, T.R. et al. Dutch women's perception of childbirth in the Netherlands. **MCN Am J Matern Child Nurs**, v. 32, n. 3, p. 170-177, maio/jun. 2007. Disponível em: <<http://journals.lww.com/mcnjournal/pages/articleviewer.aspx?year=2007&issue=05000&article=00010&type=abstract>>. Acesso em: 21 set. 2013.

JOUHKI, M.R. Choosing homebirth--the women's perspective. **Women Birth**, v.25 n. 4, p. 56-61, dec. 2012. Disponível em: <[http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192\(11\)00239-3/abstract](http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192(11)00239-3/abstract)>. Acesso em: 21 set. 2013.

JOUHKI, M.R.; SUOMINEM, T.; ASTEDT-KURKI, P. Supporting and sharing-home birth: fathers' perspective. **SAGE**, v. 9, n. 5, p. 421-29, 2014. Doi: 10.1177/1557988314549413. Disponível em: <<http://jmh.sagepub.com/content/9/5/421.full>>. Acesso em: 19 fev. 2015.

KATAOKA, Y; ETO, H.; LIDA, M. Outcomes of independence midwifery births centres and home birth: A retrospective cohort study in Japan. **Midwifery**, v. 29, n. 8, p. 965-72, 2013. doi: 10.1016/j.midw.2012.12.020 Disponível em: <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(13\)00008-9/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(13)00008-9/abstract)>. Acesso em: 23 nov. 2014.

KEIRSE M.J.N.C. Home birth: gone away, gone astray, and here to stay. **Birth**, v.37, n.4, p.341-6, dec. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2,1083728>> Acesso em: 23 set., 2013.

KENNARE, R.M. et al. Planned home and hospital births in South Australia, 1991-2006: differences in outcomes. **MJA**, v. 192, n. 2, p. 76-80, 2009. Disponível em: <<https://www.mja.com.au/journal/2010/192/12/planned-home-and-hospital-births-south-australia-1991-2006-differences-outcomes>>. Acesso em: 21 set. 2013.

KOETTKER, J.G. **Parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras**. 2010. 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

KOETTKER, J.G. et al. Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. **Rev. saúde pública**, v. 46, n. 4, p. 747-50, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012005000051&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 set. 2013.

_____. Comparação de resultados obstétricos e neonatais entre primíparas e multíparas assistidas no domicílio. **Ciência y enfermería**, v. 2, p. 113-125, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v21n2/art_11.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.

KOETTKER, J.G.; BRUGGEMANN, O.M.; DUFLOTH, R.M. Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.47, n.1, p. 15-21, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000100002&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 set. 2013.

KROLL, T.; NERI, M. Designs for mixed methods research. In: HALCOMB, E.J.; ANDREW, A. BRANNEN, J. **Mixed Methods Research for Nursing and the Health Sciences**. United Kingdom: Wiley-Blackwel, 2009.

KRUNO, R. B.; BONILHA, A.L.L. Parto no domicílio na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. **Rev. gaúch. enferm.**, v. 25, n. 3, p. 396-407, 2004. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4533>>. Acesso em: 21 set. 2013

LAGE, M. C. Os softwares tipo CAQDAS e a sua contribuição para a pesquisa qualitativa em educação. **Educ. Tem. Dig.**, Campinas, v. 12, n. 2, p. 42-58, jan./jun. 2011.

LANCET. Home birth: proceed with caution. **The Lancet**, v. 376, n. 9738, p. 303, jul. 2010. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61165-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61165-8/fulltext)>. Acesso em: 21 set. 2013.

LARGURA, M. **A assistência ao parto no Brasil**. 3.ed. São Paulo: Edição do Autor, 2006.

LEAL, M.C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, p. 17-47, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

LESSA, H. F. **Parto em casa: vivência de mulheres**. 2003. 99f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

_____. **A saúde da mulher e a opção pelo parto domiciliar planejado**. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

LESSA, H.F. et al. Informação para opção pelo parto domiciliar planejado: um direito de escolha das mulheres. **Texto & contexto enferm.**, v. 23, n. 3, p. 665-72, 2014a. doi: doi.org/10.1590/0104-07072014000930013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00665.pdf> Acesso em: 05 jan. 2015.

_____. Social relations and the option for planned home birth: an institutional ethnographic study. **OBJN**, v. 13, n. 2, p. 239-49, 2014 b. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20144163>. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4163>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 2. ed. Santa Maria: Editora Pallotti, 2001.

LINDGREN, H. E. et al. Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004: A population-based register study. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 87 n. 7, p. 751-759, 2008. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1080/00016340802199903/pdf>>. Acesso em: 21 set. 2013.

_____. Perceptions of risk and risk management among 735 women who opted for a home birth. **Midwifery**, n. 26 v. 2, p.163-72, abr. 2010. Disponível em: <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(08\)00049-1/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(08)00049-1/abstract)>. Acesso em: 21 set. 2013.

_____. Praxis and guidelines for planned homebirths in the Nordic countries – An overview. **Sex Reprod Healthc**, v.5, n. 1, p. 3-8, 2014.

doi: [org/10.1016/j.srhc.2013.12.0022014](http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2013.12.0022014).

Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24472383>. Acesso: 13 jun 2016.

LINDGREN k.; ERLANDSSON K. She leads, he follows – fathers' experiences of a planned home birth: A Swedish interview study. **Sex Reprod Healthc**. v. 2, n. 2, p. 65-70, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575610000935>>. Acesso em: 21 set. 2013.

LINDGREN, H.E.; RÅDESTAD, I.J.; HILDINGSSON, I.M. Transfer in planned home births in Sweden-effects on the experience of birth: a nationwide population-based study. **Sex Reprod Healthc**, n.2 v.3, p. 101-5, ago. 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575611000115>>. Acesso em: 21 set. -2013.

LOTHIAN, J. A. How do women who plan home birth prepare for childbirth? **J Perinat Educ**, v.19 n.3, p. 62-7, verão, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920656/>>. Acesso em: 21 set. 2013.

MACDORMAN MF, DECLERCQ E, MATHEWS TJ. United States home births increase 20 percent from 2004 to 2008. **Birth**, v. 38, n. 3, p. 185-90, set. 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2011.00481.x/pdf>>. Acesso em: 21 set. 2013.

_____. Recent trends in out-of-hospital births in the United States. **J Midwifery Womens Health**, v.58, n.5, p.494-501, 2013. doi: 10.1111/jmwh.12092. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22433337>. Acesso em: 18 ago, 2014.

MACDORMAN, M.F. et al. Trends and characteristics of home vaginal birth after cesarean delivery in the United States and selected states. **ACOG**, v. 119, n. 4, p. 737-44, abr. 2012. doi: 10.1097/AOG.Ob113e318224bb050

MAHDI, S.S.; HABIB, O.S. A study on preference and practices of women regarding place of delivery. **East Mediterr Health J**, v. 16, n. 8, p. 874-8, ago. 2010.

MALHEIROS, P.A. et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto & contexto enferm**, v. 21, n. 2, p. 329-37, agos. 2012. doi: 10.1590/S0104-07072012000200010

MARTINS, C.A.; ALMEIDA, N.A.M.; MATOS, D.V. Parto domiciliar planejado: assistido por enfermeira obstetra. **Enferm Glob**, v.11, n. 27, p.312-7, jul. 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000300016&script=sci_arttext&tIng0=pt>. Acesso em: 21 set. 2013.

MATTOS, DV. **O enfermeiro obstetra no parto domiciliar**, 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde pela PUC, Enfermagem, Pontifícia Universidade Católica De Goiás, 2012.

MATTOS, D.V.; VANDENBERGHE, L.; MARTINS, C.A. Motivação de enfermeiros obstetras para o parto domiciliar planejado. **Rev Enferm UFPE on line**, v. 8, n. 4, p. 951-59, 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5580/8875>>. Acesso em: 25 jun. 2015.

MCINTYRE M.J. Safety of non-medically led primary maternity care models: a critical review of the international literature. **Aust Health Rev**, v. 36, n. 2, p. 140-7, may. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22624633>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

MCMURTRIE, J. et al. The St. George homebirth program: an evaluation of the first 100 booked women. **Aust N Z J Obstet Gynaecol**, v. 49 n. 6, p. 631-636, 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1479-828X.2009.01103.x/pdf>>. Acesso em: 21 set. 2013.

MCNUTT, A. et al. Opinions of UK perinatal health care professionals on home birth. **MIDWIFERY**, v. 30, n. 7, p. 839-46, 2014. doi: 10.1016/j.midw.2013.08.007. Disponível em: <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(13\)00244-1/pdf](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(13)00244-1/pdf)>. Acesso em: 21 mar. 2014.

MEDEIROS, R. M. K.; SANTOS, I. M. M.; SILVA, L. R. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 765-772, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a22.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2013.

MELO, C. **A participação do acompanhante da mulher no parto domiciliar planejado**. 2015. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

MICHAL, C. A. et al. Planned home vs hospital birth: a meta-analysis gone wrong. **OB/GYN & women's health**, 2011. Disponível em: <<http://www.medscape.com/viewarticle/739987>>. Acesso em 4 jan. 2011.

MILLER, A.C.; SHRIVER, T.E. Women's childbirth preferences and practices in the United States. **Social Science & Medicine**, v.75, p.709-16, 2012. doi:10.1016/j.socscimed.2012.03.051

MONTENEGRO, C.A.B; BRAGA, A; FILHO, J.R. Parto. Estudo clínico e assistência. In: _____. **Obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010.

MONTENEGRO, C.A.B; FILHO, J.R. Rotura uterina. Laceração do trajeto. In: _____. **Obstetrícia fundamental**. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010.

MURRAY-DAVIS, B. et al. Why home birth? A qualitative study exploring women's decision making about place of birth in two Canadian provinces. **Midwifery**, v. 28, n. 5, p. 576-81, out. 2012. Disponível em: <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(12\)00021-6/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(12)00021-6/abstract)>. Acesso em: 21 set. 2013.

NASCIMENTO, K.C. et al. A arte de partear: experiência de cuidado das Parteiras tradicionais de Envira/AM. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 13, n. 2, p. 319-327, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a12.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2013.

NEWMAN, T. et al. Delineando estudos transversais e de caso-controle. In: HULLEY, B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 127-144.

NOVE, A.; BERRINGTON, A.; MATTHEWS, Z. Comparing the odds of postpartum haemorrhage in planned home birth against planned hospital birth: results of an observational study of over 500,000 maternities in the UK. **BMC Pregnancy & Childbirth**, v.12, n. 130, Nov. 2012. Doi: 10.1186/1471-2393-12-130.

OBOYLE, C. 'Just waiting to be hauled over the coals': Home birth in Ireland. **Midwifery**, v.29, p 988-95, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.010>. Acesso em: 10 nov. 2014.

OLSEN, O.; CLAUSEN, J.A. Planned hospital birth versus planned home birth. **Cochrane Database Syst Rev**, 2012. doi: 10.1002/14651858.CD000352.pub2. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22972043>. Acesso em: 10 nov. 2014

PEREIRA, A.L.F. et al. Resultados maternos e neonatais da assistência em casa de parto no município do Rio de Janeiro. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.17, n.1, p. 17-23, 2013, jan –mar. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/03.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidência para a prática da enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RABELO, L.R.; OLIVEIRA, D.L. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 1, p. 213-20, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100030>. Acesso em: 16 set. 2010.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface – Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 13, p. 759-68, 2009. Supl. I.

RIESCO, M.L.G.; TSUNECHIRO, M.A.; LEISTER, N. Escola de Obstetrícia da Universidade de São Paulo: A história contada no livro de atas (1912-1970). **Texto & contexto enferm.**, v. 20, p. 164-71, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea21.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2012.

ROWE, R. et al. Maternal and perinatal outcomes in women planning vaginal birth after caesarean (VBAC) at home in England: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study. **BJOG**, 2016; v. 123, p. 1123 – 32. doi: 10.1111/1471-0528.13546. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26213223>. Acesso em: 10 jul. 2016.

SANDALL, J. et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing woman (Review). **Cochrane Database Syst Rev**, v. 9, p. 1-4, 2015. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub4. Disponível em; < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub4/abstract>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

SANDALL J, BEWLEY S, NEWBURN M. “Home birth triples the neonatal death rate”: public communication of bad science? **American journal of obstetrics and gynecology**, v.204,n.4,p.e17-8, apr. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21458615>.

SANFELICE, C.F.O. et al. From institutionalized birth to home birth. **Rev Rene**, v. 15, n. 2, p. 362-70, 2014. Doi: 10.15253/2175-6783.2014000200022. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1561/pdf>> Acesso em: 15 mar. 2015.

SANFELICE, C.F.O.; SHIMO, A.K.K. Parto domiciliar: avanço ou retrocesso? **Rev. gaúcha enferm**, v. 35, n. 1, p. 157-60, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.41356>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

SCHEIDT, T.R.; BRÜGGEMANN, O.M. Parto na água em uma maternidade do setor suplementar de saúde de Santa Catarina: estudo transversal. **Texto & contexto enferm.**, p.25, n.2, 2016. doi: 10.1590/0104-07072016002180015. Disponível em: <file:///C:/doutorado/outras%20referencias/2016/tania%20parto%20na%20agua.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2016.

SCHNECK, C.A. et al. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. **Rev. saúde pública**, v.46, n.1, p. 77-86, 2012. doi: 10.1590/S0034-89102012000100010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 20 jun 2016.

SEIJMONBERGER-SCHERMERS, A.E., et al. Nonsuturing or skin adhesives versus suturing of the perineal skin after childbirth: A Systematic Review. **Birth**, p. 42, n. 2, p. 100-15, 2015. doi: 10.1111/birt.12166

SILVA, F.M.B. et al. Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v.47, n.5, p. 1031-8, 2013. doi: 10.1590/S0080-62342013000500004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501031&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en. Acesso em: 20 jul. 2016

SJOBLOM, I. et al. A provoking choice – Swedish women’s experiences of reactions to their plans to give birth at home. **Women and Birth**, v.25, p. e11—e18, 2012. doi: 10.1016/j.wombi.2011.07.147. Disponível em: Acesso em: 10 jul. 2016.

SMITH, L.A. et al. Incidence of a risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 13, n.59, 2013. Doi: 10.1186/1471-2393-13-59. Disponível em: <<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-59>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

SOUZA, H.R. **A arte de nascer em casa**: um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo. 2005. 156f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

TABATABAIE, M.G.; MOUDI, Z.; VEDADHIR, A. Home birth and barriers to referring women with obstetric complications to hospitals: a mixed-metods study in Zahedan, southeastern Iran. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 9, n. 5, p. 1-10, 2012. doi: 10.1186/1742-4755-9-5. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3353872/>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

VAN HAAREN-TEN, H. T. et al. Preferred place of birth: characteristics and motives of low-risk nulliparous women in the Netherlands. **Midwifery**, v. 28, n. 5, p. 609-18, out. 2012. Disponível em: <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(12\)00138-6/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(12)00138-6/abstract)>. Acesso em: 21 set. 2013.

VAN DER KOOY, J. et al. Planned home compared with planned hospital births in The Netherlands. **Obstet Gynecol**, v. 118, n. 5, p. 1037-46, 2011. Disponível em: <<http://journals.lww.com/greenjournal/pages/articleviewer.aspx?year=2011&issue=11000&article=00011&type=abstract>>. Acesso em: 21 set. 2013.

VEDAM, S. et al. Nurse-Midwives' Experiences with Planned Home Birth: Impact on Attitudes and Practice. **Birth**, v. 36, n. 4, p. 274-82, dec. 2009.

_____. The Canadian Birth Place Study: Describing maternity practice and providers' exposure to home birth. **Midwifery**, v.28, p.600–8, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22925396>. Acesso em: 15 set 2014.

_____. Transfer from planned home birth to hospital: improving interprofessional collaboration. **J Midwifery Womens Health**, v. 59, n. 6, p. 624-34, 2014a. doi: 10.1111/jmwh.12251. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12251/abstract;jsessionid=B4D3C43ECAB0A30838F67DBA73A4085F.f02t01>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

_____. Home birth in North America: attitudes and practice of US certified nurse-midwives and Canadian registered midwives. **J Midwifery Womens Health**, v. 59, n. 2, p. 141-52, 2014b. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24165202>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

_____. The Canadian birth place study: examining maternity care provider attitudes and interprofessional conflict around planned home birth. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 14, n. 353. p. XXX-XX, 2014c. DOI: 10.1186/1471-2393-14-353.

VEDAM, S; AAKER, J.; STOLL, K. Assessing Certified Nurse-Midwives' Attitudes Towards Planned Home Birth. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v.55, n.2, p. 133-42, 2010, mar-apr. doi:10.1016/j.jmwh.2009.05.003. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152695230900155X>. Acesso em: 20 jun. 2013.

VOGT, S.E. et al. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. saúde pública**, v.27, n.9, p.1789-1800, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n9/12.pdf>. Acesso em 10 ago. 2016.

WAX, J.R. et al. Maternal and newborn morbidity by birth facility among selected United States 2006 lowrisks births. **Am J Obstet Gynecol**, v. 202, n. 2, 2010. Disponível em: <[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(09\)01111-9/abstract](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(09)01111-9/abstract)>. Acesso em: 21 set. 2013.

WHO. Appropriate technology for birth. **The Lancet**, v. 326 n. 8452, p. 436-7, 1985.

_____. **Safe motherhood.** Care in normal birth: a practical guide. Geneva. World Health Organization, 1996.

_____. **Making pregnancy safer:** the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva. World Health Organization, 2004.

WIEGERS, T. A. The quality of maternity care services as experiences by women in the Netherlands. **BMC Pregnancy and Childbirth**, Utrecht, v. 9, n. 18, mai. 2009.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

PESQUISA PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

Prezado profissional obrigado por aceitar participar da pesquisa de projeto de Tese de Doutorado da Universidade Federal de Santa Catarina, da doutoranda Joyce Green Koettker, sob orientação da Prof. Dra. Odaléa Maria Bruggemann.

A pesquisa tem como um dos objetivos: descrever os resultados obstétricos e neonatais dos partos domiciliares, assistidos de forma planejada nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil, por profissionais de saúde.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil sob o número: 865.451 no dia 10/11/2014.

Acessar o link acima para preencher o formulário. Os dados devem ser digitados SOMENTE após o término do atendimento, ou seja, quando TODOS os desfechos maternos e neonatais (principalmente no caso de ENCAMINHAMENTOS maternos e/ou neonatais) forem conhecidos.

Observar os possíveis passes entre as seções. Algumas perguntas aceitam mais de uma resposta.

Os dados enviados serão utilizados SOMENTE pela pesquisadora para a realização desta pesquisa. Se você desejar, ao término da pesquisa você poderá receber os seus dados. Para garantir o rigor metodológico NÃO REPASSE esse link para outras pessoas.

Muito obrigada pela sua participação. Qualquer dúvida estou a disposição pelos telefones: (48) 32068330, (48) 99824727 e e-mail: joycegreenk@yahoo.com.br.

*Obrigatório

1. Número de identificação do profissional*

2. Senha*

3. Região do Brasil*

Marcar apenas uma oval.

- Sul
- Sudeste
- Centro-Oeste
- Nordeste

4. Estado*

Marcar apenas uma oval.

- Rio Grande do Sul
- Santa Catarina
- Paraná
- São Paulo
- Rio de Janeiro
- Minas Gerais
- Espírito Santo
- Goiás
- Mato Grosso do Sul
- Mato Grosso
- Brasília
- Bahia
- Sergipe
- Alagoas
- Pernambuco
- Paraíba
- Rio Grande do Norte
- Ceará
- Piauí
- Maranhão

5. Iniciais do nome da parturiente*

SEÇÃO 1 – VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS DA GESTAÇÃO

6.1.1 Idade da parturiente (em anos)*

7.1.2 Escolaridade*

Marcar apenas uma oval.

- (1) fundamental incompleto
- (2) fundamental completo
- (3) médio incompleto
- (4) médio completo
- (5) superior incompleto
- (6) superior completo
- (7) pós-graduação incompleta
- (8) pós-graduação completa
- (9) dado não informado
- Outro: _____

8.1.3 Número de consultas de pré-natal com os profissionais de saúde*

Marcar apenas uma oval.

- (1) uma
- (2) duas (3) três
- (4) quatro
- (5) cinco
- (6) seis
- (7) mais de seis
- (8) dado não informado
- Outro: _____

9.1.4 Tipo de parto(s) anterior(es) (aceita mais de uma resposta)*

Marque todas que se aplicam.

- (1) nenhum
- (2) vaginal
- (3) vaginal com uso de fórceps
- (4) vaginal com uso de vácuo
- (5) cesárea
- (6) dado não informado
- Outro: _____

SEÇÃO 2 – VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS DO TRABALHO DE PARTO

10.2.1 Idade gestacional no dia do parto:*

Calculada pela DUM em sem

Marcar apenas uma oval.

- (1) < de 37 semanas
- (2) 37 semanas
- (3) 38 semanas
- (4) 39 semanas
- (5) 40 semanas
- (6) 41 semanas
- (7) \geq 42 sem
- (8) DUM interrogada
- (9) dado não informado

11.2.1.1 Idade gestacional no dia do parto (USG)*

Calculada pelo USG em sem

Marcar apenas uma oval.

- (1) < de 37 sem
- (2) 37 semanas
- (3) 38 semanas
- (4) 39 semanas
- (5) 40 semanas
- (6) 41 semanas
- (7) \geq 42 semanas
- (8) não realizado USG
- (9) dado não informado

12.2.2 Tipo de rotura das membranas*

Marcar apenas uma oval.

- (1) espontânea
- (2) artificial
- (3) permaneceu íntegra até o expulsivo
- (4) dado não informado

13.2.3 Coloração do líquido amniótico*

Marcar apenas uma oval.

- (1) claro
- (2) meconial
- (3) dado não informado
- Outro: _____

14.2.4 Batimentos cardíacos do feto:*

Marcar apenas uma oval.

- (1) sem alteração
- (2) bradicardia (abaixo de 110 bpm)
- (3) taquicardia (acima de 160 bpm)
- (4) presença de DIP 2 (bradicardia após contração)
- (5) dado não informado

15.2.5 Uso de ocitocina no trabalho de parto*

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

16.2.6 Necessidade de encaminhamento da parturiente para a maternidade no trabalho de parto ou parto*

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim *Ir para a pergunta 44.*

SEÇÃO 3 – VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS DO PARTO

17.3.1 Tipo de parto*

Marcar apenas uma oval.

- (1) vaginal
- (2) vaginal com uso de fórceps
- (3) vaginal com uso de vácuo

18.3.2 Posição de parto*

Marcar apenas uma oval.

- (1) cócoras na água
- (2) genupeitoral na água
- (3) sentada/semi-sentada na água
- (4) cócoras no banquinho
- (5) cócoras sustentada fora da água
- (6) genupeitoral fora da água
- (7) ajoelhada
- (8) em pé
- (9) de lado
- (10) sentada/semi-sentada fora da água
- (11) no chuveiro em qualquer posição
- (12) dado não informado
- Outro: _____

19.3.3 Realizado Manobra de Kristeller*

Marcar apenas uma oval.

- (1) não
- (2) sim

20.3.4 Uso de ocitocina no parto*

Marcar apenas uma oval.

- (1) não
- (2) sim

21.3.5 Realizado episiotomia*

Marcar apenas uma oval.

- (1) não
- (2) sim

22.3.6 Condições do períneo*

Marcar apenas uma oval.

- (1) sem trauma
- (2) laceração de 1º grau
- (3) laceração de 2º grau
- (4) laceração de 3º grau
- (5) laceração de 4º grau
- (6) dado não informado

23.3.7 Sutura da laceração ou da episiotomia*

Marcar apenas uma oval.

- (1) sim
- (2) não
- (3) dado não informado

SEÇÃO 4 – VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS DO PÓS-PARTO IMEDIATO**24.4.1 Intercorrências obstétricas no secundamento (aceita mais de uma resposta)***

Marque todas que se aplicam.

- (1) ausente
- (2) hemorragia
- (3) hipotonia uterina
- (4) dequitação retardada ou prolongada
- (5) hipotensão

- (6) síncope
- (7) retenção placentar
- (8) NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO neste período
- (9) dado não informado
- Outro: _____

25.4.2 Uso de medicamento (aceita mais de uma resposta)*

Marque todas que se aplicam.

- (1) nenhum
- (2) ocitocina
- (3) ergotamina
- (4) misoprostol
- (5) fluidoterapia
- Outro: _____

SEÇÃO 5 – VARIÁVEIS DO RN

26.5.1 Peso do RN (em gramas)*

27.5.2 Apgar do RN no 1º min*

28.5.3 Apgar do RN no 5º min*

29.5.4 Necessidade de reanimação*

Marcar apenas uma oval.

- (1) não
- (2) sim

30.5.5 Idade gestacional do RN pelo Capurro (sem/dias)*

31.5.6 Necessidade de encaminhamento do RN*

Marcar apenas uma oval.

- (1) não *Ir para a pergunta 34.*
- (2) sim

32.5.7 Causa do encaminhamento do RN (aceita mais de uma resposta)*

Marque todas que se aplicam.

- (1) doença congênita/malformação
- (2) gemência ou desconforto respiratório
- (3) hipoglicemia
- (4) baixo peso
- Outro: _____

33.5.8 Evolução do RN encaminhado para hospital*

Marcar apenas uma oval.

- (1) Óbito
- (2) Internação em UTIN
- (3) Alta
- Outro: _____

SEÇÃO 6 - VARIÁVEIS DO PROFISSIONAL QUE ASSISTIU AO PARTO (considerar somente o profissional que atuou no período expulsivo)

34.6.1 Idade do profissional (em anos)*

35.6.2 Sexo*

Marcar apenas uma oval.

- (1) feminino
- (2) masculino

36.6.3 Atua na assistência ao parto hospitalar (aceita mais de uma resposta)*

Marque todas que se aplicam.

- (1) instituição pública
- (2) instituição privada
- (3) não

37.6.4 Formação universitária do profissional*

Marcar apenas uma oval.

- (1) enfermeira obstétrica
- (2) obstetiz
- (3) médico generalista
- (4) médico especializado em saúde da família

- (5) médico obstetra
 Outro: _____

38.6.5 Tempo de formado na Especialidade (para os médicos obstetras e enfermeiras obstétricas) (em anos)

39.6.6 Tempo de formado na Graduação (para profissionais sem especialização) (em anos)

40.6.7 Tempo de atendimento ao parto domiciliar (em anos)*

41.6.8 Número de profissionais que estavam presentes neste período expulsivo*

Marcar apenas uma oval.

- (1) um
 (2) dois
 (3) três
 (4) quatro
 (5) cinco ou mais
 (8) dado não informado

42.6.9 Quem são os profissionais que estavam presentes neste período expulsivo? (Aceita mais de uma resposta)*

Marque todas que se aplicam.

- (1) Enfermeira obstétrica
 (2) Obstetriz
 (3) Doula
 (4) Médico generalista
 (5) Médico esp. saúde da família
 (6) Médico obstetra
 (7) Fisioterapeuta
 (8) Psicóloga
 (9) Enfermeira
 (10) Técnica em enfermagem
 (11) Não se aplica, atende ao parto sozinho
 Outro: _____

43. SE O PARTO OCORREU NO DOMICÍLIO VOCÊ TERMINOU O PREENCHIMENTO*

Marcar apenas uma oval.

- DE ACORDO *Ir para a pergunta 51.*

SEÇÃO 7 – VARIÁVEIS SOBRE O ATENDIMENTO INSTITUCIONAL DAS MULHERES TRANSFERIDAS E DOS SEUS RNs

44.7.1 Indicação de encaminhamento da parturiente para a maternidade*

Marque todas que se aplicam.

- (1) parada de progressão da descida do feto
 (2) parada da dilatação do colo uterino
 (3) FCF não tranquilizadora
 (4) necessidade de analgesia
 (5) desproporção céfalo-pélvica
 (6) feto em OS
 Outro: _____

45.7.2 Instituição de saúde de encaminhamento

Marcar apenas uma oval.

- (1) hospital público (atendimento pelo SUS)
 (2) clínica/hospital - atendimento por convênio de saúde ou clínica - atendimento particular
 (3) Centro de parto normal ou casa de parto

46.7.3 Tipo de parto na instituição

Preencher somente quando foi realizado transferência materna

Marcar apenas uma oval.

- (1) parto vaginal
 (2) parto vaginal com o uso de fórceps
 (3) parto vaginal com o uso de vácuo
 (4) parto vaginal com analgesia
 (5) parto vaginal com analgesia com o uso de fórceps ou vácuo
 (6) cesariana
 (7) dado não conhecido

47.7.4 Apgar do RN no 1º min

48.7.5 Apgar do RN no 5º min

49.7.6 Necessidade de internação em UTIN

Marcar apenas uma oval.

- (1) não
 (2) sim

50. 7.7 Evolução do RN internado na UTIN

Marcar apenas uma oval.

- (1) óbito
 (2) alta
 (3) RN não necessitou de UTIN

51. VOCÊ FINALIZOU O PREENCHIMENTO, FAVOR ENVIÁ-LO. OBRIGADA.

Marcar apenas uma oval.

- DE ACORDO

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com os profissionais

Data da Entrevista: ___/___/_____

Local da entrevista: _____

1. Dados de identificação

Formação profissional: _____

Faculdade: _____

Idade: _____

Cidade e Região: _____

Data que iniciou atendimento domiciliar: ___/___/_____

Perguntas que poderão ser ou não realizadas, dependendo do entrevistado:

Fale-me sobre a sua experiência em prestar atendimento ao parto domiciliar de forma planejada

- O que incentivou o início do atendimento domiciliar? Razões?

- Você poderia falar sobre as dificuldades que você encontra nesse tipo de atendimento?

- Você poderia falar sobre as facilidades desse tipo de atendimento?

- O que incentiva você atender partos domiciliares?

**APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido –
mulheres**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Pesquisa: Assistência ao parto domiciliar planejado por profissionais de saúde nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil e a percepção dos profissionais sobre a sua assistência.

Eu, _____, RG _____, residente na _____ abaixo assinada, fui informada que está sendo realizada uma pesquisa que resultará em uma Tese de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Esta pesquisa pretende analisar os resultados da assistência prestada à mulher e que planejou ter seu parto no domicílio e avaliar estado geral de seu bebê no nascimento. Esse estudo também irá identificar os motivos que levam os profissionais de saúde a prestar assistência ao parto de forma planejada no domicílio e identificar facilidades e dificuldades dessa prática. Para tanto, serão convidados para participar do estudo profissionais de saúde e mulheres que moram nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil.

Explicaram-me como será realizada a pesquisa antes de iniciar a minha participação e me garantiram que, se necessário, poderei ser novamente esclarecida durante o desenvolvimento da mesma. Informaram-me que serão utilizados os dados do meu trabalho de parto, parto e do meu recém-nascido, que ficarão registrados nas fichas de atendimento.

Foi-me garantido que todos os dados serão utilizados somente para fins de pesquisa e que meu nome será mantido em sigilo (segredo).

Esclareceram-me que toda pesquisa envolve riscos em maior ou menor grau, sendo que no caso desta, eu já havia optado ser assistida no domicílio mesmo antes de ser convidada a participar, assim, sei que pode existir intercorrências comigo durante o atendimento, como por

exemplo a hemorragia pós-parto, e que poderei necessitar de algum tipo de medicação ou manobra pra conter/corriger a intercorrência. Também estou sujeita a necessitar de uma transferência para o hospital que pode acontecer durante o pré-natal, o trabalho de parto, o parto e ou pós-parto, assim como de existir a possibilidade de transferência do meu bebê para uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Além dessas, por estar participando da pesquisa eu poderei ter uma mudança de comportamento uma vez que posso me sentir comprometida em colaborar com desfechos positivos da assistência. No entanto, informaram-me que caso eu me sinta constrangida ou insegura em participar da pesquisa poderei desistir a qualquer momento sem que haja qualquer prejuízo para mim e para meu bebê. Também fui informada que a qualquer momento tenho o direito de desistir de participar ou não autorizar uso dos meus dados sem que isso prejudique ou impeça que eu seja atendida pelos profissionais de saúde nessa ou em uma próxima gestação e parto.

Informaram-me que essa pesquisa beneficiará as mulheres que optam pelo parto domiciliar, uma vez que dará visibilidade a essa forma de atendimento e poderá contribuir para que amplie o número de profissionais de saúde que adotem essa prática. Além disso, possibilitará a divulgação dos resultados maternos e neonatais decorrentes do parto domiciliar de forma planejada e, que por meio da criação desse banco de dados on line poderá posteriormente ser validado para tornar-se um sistema de informação nacional sobre esse tipo de assistência. Essa pesquisa também poderá contribuir para a melhoria da qualidade desse tipo de atendimento, uma vez que irá desvelar como os profissionais atuam, qual a motivação para prestarem esse tipo de assistência, suas facilidades e dificuldades. Como no Brasil não existem dados sobre esse tipo de atendimento, a divulgação dos resultados na comunidade científica estimulará que se façam outras investigações nacionais sobre o tema e que essa prática possa ser apoiada e/ou adotada pelo sistema de saúde.

Estou ciente que os resultados da pesquisa serão tornados públicos por meio de publicação mediante relatórios, artigos, apresentações em eventos científicos e/ou divulgação de outra natureza e que nesses serão garantidos o sigilo e a confidencialidade dos dados referentes à identificação dos participantes da pesquisa.

Garantiram-me que minha participação na pesquisa somente iniciará após a minha assinatura nesse termo de consentimento, sendo que ficarei com uma cópia assinada pelas pesquisadoras.

Fui ainda informada que a pesquisadora poderá entrar em contato comigo para confirmar os dados advindos do banco de dados preenchidos pelos profissionais.

Fui orientada de que a pesquisa obedecerá aos princípios éticos expressos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, considerando o respeito aos sujeitos de todo processo investigativo.

Para qualquer esclarecimento, poderei procurar a Enf^ª Joyce Green Koettker (aluna do doutorado), pelo telefone (48) 32067846, ou pelo celular (48) 99824727 ou ainda pelo e-mail: joycegreen@yahoo.com.br, ou com a Prof^ª Odaléa Maria Brüggemann (orientadora), no Departamento de Enfermagem da UFSC, no período das 8.30 horas às 18.00 horas ou pelo telefone 37219480. Também poderei entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFSC pelo telefone: (48) 37219661.

_____ (cidade), ____ de _____ de 20____.

Assinatura da mulher

Telefone da mulher

Assinatura da pesquisadora responsável
(Odaléa Maria Bruggemann)

Assinatura da pesquisadora principal
(Joyce Green Koettker)

Assinatura do representante legal
(caso seja adolescente)

**APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido –
profissionais**



**Programa
de Pós-Graduação
em Enfermagem**

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Pesquisa: Assistência ao parto domiciliar planejado por profissionais de saúde nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil e a percepção dos profissionais sobre a sua assistência.

Eu, _____, RG _____, residente na _____ abaixo assinada/o, fui informado que está sendo realizada uma pesquisa que será desenvolvida como Tese de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e tem como pesquisadora principal a Doutoranda Joyce Green Koettker e como orientadora/pesquisadora responsável a Profa. Dra. Odaléa Maria Bruggemann.

Esta pesquisa quer descrever os resultados obstétricos e neonatais dos partos domiciliares, assistidos de forma planejada nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil, por profissionais de saúde, bem como desvelar os motivos que levam os profissionais de saúde a prestar assistência ao parto de forma planejada no domicílio e identificar facilidades e dificuldades dessa prática.

Minha participação será **na etapa qualitativa** na qual poderei ser entrevistado e na **etapa quantitativa** na qual irei acessar e preencher o banco de dados on line com as variáveis relacionadas aos atendimentos que eu realizar às gestantes/parturientes e seus recém-nascidos. Estou ciente de que serei responsável por convidar as gestantes que presto atendimento, por desejarem o parto domiciliar de forma planejada, para fazer parte da pesquisa e solicitar a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido das mesmas.

Explicaram-me a metodologia antes do início da pesquisa e, se necessário, poderei ser novamente esclarecido durante a realização da mesma. Informaram-me que serão utilizados meus dados pessoais e profissionais e que a entrevista será gravada e transcrita somente se eu

concordar, sendo que meu nome não aparecerá em qualquer registro. Serão utilizados nomes fictícios. Foi-me garantido que todos os dados serão utilizados somente para fins de pesquisa.

Minha participação é voluntária e posso me negar a participar da mesma em qualquer momento, sem que isso acarrete em qualquer prejuízo à minha pessoa e para as gestantes/parturientes que estou prestando atendimento. Para isso, basta que eu comunique a decisão, por qualquer meio (telefone ou e-mail), à pesquisadora principal.

Informaram-me que toda pesquisa envolve riscos, sendo que poderei ficar constrangido diante de alguma situação, mas me foi assegurado que as minhas condutas não serão questionadas. Também corro o risco de me sentir avaliado quando ao fornecer resultados negativos da assistência prestada às mulheres no domicílio. Poderei também me sentir comprometido em colaborar com desfechos positivos e ter uma mudança de comportamento ao ingressar na pesquisa. Contudo, foi-me esclarecido que posso recusar a fornecer as informações ou mesmo sair da pesquisa a qualquer momento caso me sinta prejudicado. Também fui informado de que tenho o direito de não autorizar o uso de qualquer dado.

Informaram-me que quanto aos benefícios dessa produção estão: a possibilidade de descrever os resultados maternos e neonatais decorrentes do parto domiciliar de forma planejada e, que por meio da criação desse banco de dados on line poderá posteriormente ser validado para tonar-se um sistema de informação nacional sobre esse tipo de assistência. Assim como irá desvelar os profissionais que estão atendendo, qual a motivação para prestarem esse tipo de assistência, suas facilidades e dificuldades. Além disso, poderá proporcionar maior visibilidade para esse tipo de atendimento por meio da divulgação dos achados na comunidade científica, contribuindo para fomentar outras investigações nacionais sobre o tema.

Estou ciente que os resultados da pesquisa serão tornados públicos por meio de publicação mediante relatórios, artigos, apresentações em eventos científicos e/ou divulgação de outra natureza e que nesses serão garantidos o sigilo e a confidencialidade dos dados referentes à identificação dos participantes da pesquisa.

Garantiram-me que ficarei com uma cópia do Termo de consentimento assinada pelas pesquisadoras.

Fui ainda informado que a pesquisadora poderá entrar em contato comigo para eventuais esclarecimentos quanto ao preenchimento do banco de dados.

Fui orientado de que a pesquisa obedecerá aos princípios éticos expressos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, considerando o respeito aos sujeitos de todo processo investigativo.

Para qualquer esclarecimento, poderei procurar a Enf^a Joyce Green Koettker, pelo telefone (48) 32067846, ou pelo celular (48) 99824727 ou ainda pelo e-mail: joycegreenk@yahoo.com.br ou com a Prof^a Odaléa Maria Brüggemann, no Departamento de Enfermagem da UFSC, no período das 8.30 horas às 18.00 horas ou pelo telefone 37219480. Também poderei entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFSC pelo telefone: (48) 37219661.

_____ (cidade), ____ de _____ de 20____.

Assinatura do profissional

Telefone do profissional

Assinatura da pesquisadora responsável
(Odaléa Maria Brüggemann)

Assinatura da pesquisadora principal
(Joyce Green Koettker)

ANEXO 1 – Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSISTÊNCIA AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS REGIÕES NORDESTE, CENTRO-OESTE, SUDESTE E SUL DO BRASIL E A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A SUA ASSISTÊNCIA

Pesquisador: Odaléa Maria Bruggemann

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 33727314.2.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 865.451

Data da Relatoria: 23/11/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado "ASSISTÊNCIA AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS REGIÕES NORDESTE, CENTRO-OESTE, SUDESTE E SUL DO BRASIL E A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A SUA ASSISTÊNCIA" visa obtenção do título de doutor pelo programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); orientado por Odaléa Maria Bruggemann.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Descrever os resultados obstétricos e neonatais dos partos domiciliares, assistidos de forma planejada nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil, por profissionais de saúde.- Desvelar os motivos que levam os profissionais de saúde a prestar assistência ao parto de forma planejada no domicílio identificar facilidades e dificuldades dessa prática.

Objetivo Secundário:

- Descrever a criação e a implementação de um banco de dados on line para o registro dos partos assistidos pelos profissionais de saúde no domicílio de forma planejada nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil.- Avaliar a utilização do banco de dados on line pelos profissionais de saúde.- Descrever a prevalência dos partos domiciliares planejados assistidos nas

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 865.451

Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul

do Brasil.- Descrever as características sociodemográficas e obstétricas das mulheres assistidas no trabalho de parto e parto domiciliares planejados assistidos nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil.- Descrever os resultados obstétricos das mulheres assistidas no trabalho de parto, parto e puerpério imediato domiciliares planejados assistidos nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil.- Descrever os resultados neonatais no pós-parto imediato dos partos domiciliares planejados assistidos nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil.- Compreender as razões que levam os profissionais de saúde a prestar assistência ao parto de forma planejada no domicílio.- Identificar as facilidades e dificuldades na adoção do domicílio como local parturitivo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Alguns profissionais de saúde poderão se sentir constrangidos em fornecer resultados negativos da assistência prestada às mulheres no domicílio.

As mulheres e os profissionais poderão se sentir comprometidos em colaborar com desfechos positivos e terem uma mudança de comportamento ao ingressarem na pesquisa. No entanto, eles serão informados que a qualquer momento poderão desistir de participar da pesquisa sem que haja qualquer prejuízo, conforme descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Benefícios:

A produção desse conhecimento possibilitará descrever os resultados maternos e neonatais decorrentes desse tipo de assistência ao parto no domicílio de forma planejada, por meio da criação de um banco de dados on line que poderá ser posteriormente validado para tornar-se um sistema de informação nacional sobre esse tipo de assistência. Assim como irá desvelar os profissionais que estão atendendo, qual a motivação para prestarem esse tipo de assistência, suas facilidades e dificuldades. Além disso, poderá proporcionar maior visibilidade para esse tipo de atendimento por meio da divulgação dos achados na comunidade científica, contribuindo para fomentar outras investigações nacionais sobre o tema.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa aborda um tema relevante e contribuirá para o conhecimento das práticas associadas à saúde da população. Nesta pesquisa, a coleta de dados será do tipo concorrente, sendo que a abordagem quantitativa e a qualitativa terão igual prioridade. A quantitativa será desenvolvida por meio de um estudo descritivo e a abordagem qualitativa será do tipo exploratório-descritiva, com a utilização da Entrevista Narrativa, a qual permite ao pesquisador abordar o mundo experimental

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 865.451

do entrevistado. A população alvo do estudo abrangerá os profissionais de saúde que assistem o parto de forma planejado no domicílio nas regiões Nordeste, Centro- Oeste, Sudeste e Sul que aceitem fazer o registro no banco de dados on line e as mulheres por eles assistidas, independente do local de desfecho do nascimento (domicílio ou instituição de saúde) e os seus recém-nascidos. A coleta de dados acontecerá por meio da criação de um banco de dados on line que será construído no sistema Google docs e disponibilizado para os profissionais mediante convite pessoal, para aqueles que se enquadrarem nos critérios de inclusão e que aceitem participar da pesquisa. Cada profissional receberá o convite para fazer parte da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Mediante a assinatura do TCLE, receberá uma senha para cadastramento no sistema. A cada atendimento o profissional de saúde convidará a gestante para fazer parte da pesquisa e solicitará a assinatura do TCLE. No início do atendimento o profissional cadastrará a gestante e inserirá os seus dados no banco, sendo que terminará o registro após concluir o acompanhamento, que poderá ocorrer no pré-natal, no trabalho de parto e/ou parto ou no pós-parto imediato. A população alvo (n = 500) do estudo abrangerá os profissionais de saúde que assistiram o parto de forma planejado no domicílio nas regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, que aceitem fazer o registro no banco de dados on line e as mulheres por eles assistidas, independente do local de desfecho do nascimento (domicílio ou instituição de saúde) e os seus RNs.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pendências foram atendidas.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conforme exposto no Parecer, as pendências foram atendidas. Recomenda-se, portanto, a aprovação do projeto "ASSISTÊNCIA AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS REGIÕES NORDESTE, CENTRO-OESTE, SUDESTE E SUL DO BRASIL E A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A SUA ASSISTÊNCIA" pelo Comitê de Ética.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 865.451

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 10 de Novembro de 2014

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br