

LETÍCIA COLOSSI

**CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DAS MULHERES PARA O
ATENDIMENTO AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO:
PROPOSTA DE UM PROTOCOLO**

Dissertação de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina na área de concentração - Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Roberta Costa

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

Florianópolis
2017

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

COLOSSI, LETÍCIA
CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DAS MULHERES PARA O
ATENDIMENTO AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO : PROPOSTA DE UM
PROTOCOLO / LETÍCIA COLOSSI ; orientadora, Prof^a. Dr^a.
Roberta Costa, 2017.
233 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Parto domiciliar. 3. Seleção de
pacientes. 4. Guideline. 5. Técnica Delphi.. I. Costa,
Prof^a. Dr^a. Roberta. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III.
Título.

LETÍCIA COLOSSI

**CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DAS MULHERES PARA O
ATENDIMENTO AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO:
PROPOSTA DE UM PROTOCOLO**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 06 de dezembro de 2017, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.**



Dra. Jussara Gue Martini
Coordenadora do Programa

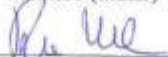
Banca Examinadora:



Dra. Roberta Costa
Presidente



Dra. Odaléa Maria Brüggemann
Membro (titular)



Dra. Roxana Knobel
Membro (titular)

AGRADECIMENTOS

Gratidão a todos Seres Iluminados e mestres que me guiam e protegem.

Gratidão querida orientadora Roberta Costa. Gratidão pela sua sensibilidade e tranquila maneira de repassar conhecimento, pela paciência e esplêndida dedicação. Muita gratidão por me dar asas para voar e chão para aterrissar.

Aos demais membros da banca desde o projeto: Odaléa Maria Bruggemann, Roxana Knobel, e Juliana Jacques da Costa Monguilhott, pelas preciosas contribuições desde a banca de qualificação do projeto à banca de defesa da tese.

Gratidão ao meu companheiro, amigo e amante Felipe A. M. Queriquelli por toda sua paciência, amor e carinho. Por todos os dias que passamos e passaremos juntos nessa Caminhada da Vida. Velejaremos pelo mundo e nos encontraremos sempre *deep inside!* Amo te profundo.

Gratidão ao meu filho, Cauê, que teve seus 6 anos marcados pela imagem de sua mãe na frente de um computador escrevendo e estudando. E assim criou também uma deliciosa aptidão por pesquisar a natureza, principalmente os animais. Vamos viver muitas aventuras juntos meu filho!!

Gratidão a minha família, mãe, pai e Dani. Mãe que já fez a passagem, sei o quanto terias orgulho de mim; consigo até visualizar e sentir seu lindo sorriso com olhos azuis brilhantes, Te amo para sempre!! Pai, meu mestre, minha inspiração que me impulsionou a sempre estudar. Se não fosse por você eu não teria acesso a nem um terço das referências dessa dissertação, Love you so much!!

Gratidão minha irmã gêmea por todo seu apoio, amor e carinho que trazes sempre, principalmente pelo cuidado dedicado que tens com o Cauêzinho. Ele te ama profunda e intensamente assim como eu!! Love you so much!!

Gratidão minha amiga irmã parteira (enfermeira Obstétrica) pelo apoio e por ter sido de fato minha co-orientadora neste projeto. Gratidão pela parceria em tantos projetos e por me ensinar a partejar com tanta dedicação, carinho e amorosidade. Você é minha inspiração!! Te amo amiga.

Gratidão ao meu amigo irmão (irmã) de luz, Guilherme Luz. O que seria de mim sem você meu irmão. Você me trouxe o Felipe e a consequência disso tudo!! Amo te!!

Gratidão a minha amiga irmã, Luciana Holanda. Você é uma mulher incrível que transborda muita sabedoria e que me impulsiona a repensar a Vida. Te amo amiga.

Gratidão as equipes de parto domiciliar planejado Hanami e AmaNascer por me ensinarem a essência do partejar! Gratidão eterna!!

COLOSSI, Leticia. **Crêterios de Elegibilidade das Mulheres para o Atendimento ao Parto Domiciliar Planejado**: Proposta de um Protocolo. 2017. P. 233. Disserta o (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Gradua o em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

Orientadora: Dr^a. Roberta Costa.

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

RESUMO

INTRODU O: atualmente, no Brasil, não há um protocolo de aten o ao parto domiciliar planejado específico e consolidado como uma diretriz nacional utilizado pelas equipes que prestam esse serviço. **OBJETIVO:** construir e validar um protocolo dos critérios de elegibilidade das mulheres para o atendimento ao parto domiciliar planejado no Brasil. **MÉTODOS:** estudo metodológico, onde foram desenvolvidas cinco etapas da técnica Delphi para a valida o do conteúdo (Revisão Integrativa, Formula o dos critérios de elegibilidade, Sele o dos especialistas, envio do instrumento aos especialistas, elabora o da proposta do protocolo). Participaram da pesquisa 27 especialistas julgadores que atuam nas regiões nordeste, centro-oeste, sudeste e sul do Brasil. Na revisão integrativa realizada nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, SCOPUS, LILACS, BDNF e Web of Science, sem limite de tempo. Foram encontrados quatro artigos e também captados nove guias/protocolos específicos para parto domiciliar planejado que foram utilizados para análise dos dados e constru o do protocolo contendo os critérios de elegibilidade das mulheres no parto domiciliar planejado. **RESULTADOS:** são apresentados em dois manuscritos. O **manuscrito 1** a partir da revisão integrativa são descritos os critérios utilizados internacionalmente sobre a elegibilidade ou exclusão das mulheres que desejam um parto domiciliar planejado. O resultado geral destas apontaram que entre todos os guias/protocolos encontrados nesta pesquisa, são consenso como critério de elegibilidade das mulheres para o parto domiciliar planejado: feto único, feto a termo (≥ 37 s e < 42 s) e apresenta o cefálica. O **manuscrito 2** foram definidos 34 critérios de elegibilidade das mulheres para o parto domiciliar planejado contendo Critérios gerais: Desejo da mulher, Gestante classificada como risco obstétrico

habitual, Gestação única, Apresentação cefálica, Gestação a termo, A mulher e seu(sua) companheiro(a) devem estar de acordo e assinar o Termo de Consentimento Informado antes de iniciar o atendimento ao parto, e ainda Critérios Histórico obstétrico, Critérios da Gestação Atual, Critérios sobre o Local da Parto e Critérios sobre condições de Transferência. **CONCLUSÃO:** O protocolo de critérios de elegibilidade da mulher para o parto domiciliar planejado validado por experts, facilita uma abordagem prática e segura, baseada nas evidências científicas podendo acarretar no aumento da credibilidade, responsabilidade e resolubilidade neste atendimento. Este permite que as enfermeiras obstétricas, obstetizes e médicos visualizem com abrangência técnica e científica sua prática, tendo como ponto de partida a segura inclusão das mulheres no parto domiciliar planejado e possam informar as mulheres, famílias que buscam seu serviço de maneira clara, atualizada cientificamente, compartilhada e co-responsável.

Palavras-chave: Parto domiciliar. Seleção de pacientes. Protocolo. Guideline. Pesquisa metodológica. Técnica Delphi.

COLOSSI, Leticia. **Criteria for Women's Eligibility for Planned Home Birth: Proposal for a Protocol.** 2017. p. 233. Dissertation (Masters in Nursing) - Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

Advisor: Dr. Roberta Costa.

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

ABSTRACT

INTRODUCTION: Currently, in Brazil, there is no specific and consolidated planned homebirth care protocol as a national guideline used by the professionals that provide this service. **OBJECTIVE:** to construct and validate a protocol of the eligibility criteria of women for planned home birth in Brazil. **METHOD:** methodological study, where five stages of the Delphi technique were developed for content validation (Integrative Revision, Formulation of eligibility criteria, Selection of specialists, Submission of the instrument to specialists, Elaboration of the protocol proposal). Twenty-seven judging experts who work in the northeast, central-west, southeast and south regions of Brazil participated in the study. In the integrative review carried out in the MEDLINE, CINAHL, SCOPUS, LILACS, BDNF and Web of Science databases, with no time limit, four articles were found. Also, nine specific guidelines/protocols for planned home birth were used, which were used for data analysis and protocol construction containing the eligibility criteria of women in planned home birth. **RESULTS:** are presented in two manuscripts. The **Manuscript 1** from the integrative review were described the internationally used criteria on the eligibility or exclusion of women who wish for a planned home birth. The overall result of these studies indicated that among all the guidelines/protocols found in this study, women are eligible for the planned home birth when: single fetus, full-term fetus (> or = 37s and <42s), and cephalic presentation. The **Manuscript 2** defined 34 eligibility criteria of women for planned home birth containing General criteria: Woman's desire, Pregnant woman classified as habitual obstetric risk, Single pregnancy, Cephalic presentation, Term gestation, The woman and her partner must agree and sign the Informed Consent Form before starting birth care, as well as Obstetric History Criteria, Current Gestation Criteria, Birth Place Criteria and Transfer Conditions Criteria. **CONCLUSION:** The

criteria protocol of women's eligibility for planned home births validated by experts, facilitates a practical and safe approach, based on scientific evidence that can increase the credibility, responsibility and resolubility in this service. This allows obstetric, obstetrical and medical nurses to visualize their practice with scientific and technical coverage, starting with the safe inclusion of women in the planned home birth and to inform the women, families that seek their service in a clear, scientifically updated way, shared and co-responsible.

Keywords: Home birth. Patient selection. Protocol. Guideline. Methodological research. Delphi technique.

COLOSSI, Leticia. **Criterios de Elegibilidad de las Mujeres para la Atención al Parto Domiciliar Planeado:** Propuesta de un Protocolo. 2017. P. 233. Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Post-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

Orientadora: Dra. Roberta Costa.

Línea de Investigación: El Cuidado en Enfermería a la Salud de la Mujer y del Recién Nacido.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: actualmente, en Brasil, no hay un protocolo de atención al parto domiciliario planificado específico y consolidado como una directriz nacional utilizada por los equipos que prestan ese servicio. **OBJETIVO:** construir y validar un protocolo de los criterios de elegibilidad de las mujeres para la atención al parto domiciliario planificado en Brasil. **MÉTODO:** estudio metodológico, donde se desarrollaron cinco etapas de la técnica Delphi para la validación del contenido (Revisión Integrativa, Formulación de los criterios de elegibilidad, Selección de los especialistas, envío del instrumento a los especialistas, elaboración de la propuesta del protocolo). Participaron de la investigación 27 especialistas juzgadores que actúan en las regiones noreste, centro-oeste, sudeste y sur de Brasil. En la revisión integrativa realizada en las bases de datos MEDLINE, CINAHL, SCOPUS, LILACS, BDNF y Web of Science, sin límite de tiempo. Se encontraron cuatro artículos y también captados nueve guías / protocolos específicos para el parto domiciliario planificado que se utilizaron para el análisis de los datos y la construcción del protocolo que contenía los criterios de elegibilidad de las mujeres en el parto domiciliario planificado. **RESULTADOS:** se presentan en dos manuscritos. El **manuscrito 1** a partir de la revisión integrativa se describe los criterios utilizados internacionalmente sobre la elegibilidad o exclusión de las mujeres que desean un parto domiciliario planificado. El resultado general de estas indicaron que entre todos los guías / protocolos encontrados en esta investigación, son consenso como criterio de elegibilidad de las mujeres para el parto domiciliario planificado: feto único, feto a término (> o = 37s y <42s) y presentación cefálica. El **manuscrito 2** fue definido 34 criterios de elegibilidad de las mujeres para el parto domiciliario planificado que contenía Criterios

generales: Deseo de la mujer, Gestante clasificada como riesgo obstétrico habitual, Gestación única, Presentación cefálica, Gestación a término, La mujer y su (su) compañero (a) a) deben estar de acuerdo y firmar el Término de Consentimiento Informado antes de iniciar la atención al parto, y aún Criterios Histórico obstétrico, Criterios de la Gestación Actual, Criterios sobre el Lugar de la Parto y Criterios sobre condiciones de Transferencia. **CONCLUSIÓN:** El protocolo de criterios de elegibilidad de la mujer para el parto domiciliar planificado validado por expertos, facilita un abordaje práctico y seguro, basado en las evidencias científicas pudiendo acarrear en el aumento de la credibilidad, responsabilidad y resolución en esta atención. Este permite que las enfermeras obstétricas, obstetras y médicos visualicen con alcance técnico y científico su práctica, teniendo como punto de partida la segura inclusión de las mujeres en el parto domiciliar planificado y puedan informar a las mujeres, familias que buscan su servicio de manera clara, actualizada científicamente , compartida y corresponsable.

Palabras clave: Parto domiciliar. Selección de pacientes. Protocolo. Guideline. Investigación metodológica. Técnica Delphi.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Etapas Delphi para construção e validação dos critérios de elegibilidade das mulheres no atendimento ao PDP no Brasil. Florianópolis, SC, Brasil, 2017.	59
Quadro 2 - Estratégias de busca para cada base de dados. Florianópolis, SC, Brasil, 2017.	62
Quadro 3 - Artigos que abordam a temática sobre o uso de protocolos em partos domiciliares planejado, realizada no período de março a julho de 2017, Florianópolis/SC.....	86
Quadro 4 - Protocolos e/ou guias publicados entre 2010 – 2017. Florianópolis/SC.	87
Quadro 5 - Critérios de Elegibilidade das mulheres para o PDP – Protocolos Internacionais, 2017.	92
Quadro 6 - Critérios de Exclusão das mulheres para o PDP – Protocolos Internacionais, 2017.	93
Quadro 7 - Critérios de elegibilidade das mulheres para o atendimento do PDP que obtiveram consenso entre os especialistas. Florianópolis-SC, 2017.....	129

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas, regionais e profissional dos especialistas que assistem PDP, nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil, 2017 (N= 30).....	124
Tabela 2 - Nível de consenso entre especialistas sobre os critérios de elegibilidade das mulheres para atendimento ao Parto Domiciliar Planejado, Florianópolis-SC, 2017.....	124

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Fluxograma do número de artigos encontrados e selecionados de acordo com cada base de dados. Florianópolis/SC, 2017.....	85
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIHW	<i>Australian Institute of Health and Welfare</i>
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ACNM	<i>American College of Nurse Midwives</i>
ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
AOM	<i>Association of Ontario Midwives</i>
APHA	<i>American Public Health Association</i>
BECG	<i>Birthplace in England Collaborative Group</i>
CAB	Caderno de Atenção Básica
CAEP	<i>Canadian Association of Emergency Physicians</i>
CDC	<i>Centers for Diseases Control and Prevention</i>
CMBC	<i>College of Midwives of British Columbia</i>
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
COREN-SC	Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina
CPNE	Centro de Parto Normal Extra-hospitalar
CPNI	Centro de Parto Normal Intra ou Peri-hospitalar
DHHS	<i>Department of Health & Human Services</i>
EGB	Estreptococos do grupo B
FIGO	<i>International Federation of Obstetrics and Gynecology</i>
HSE	<i>Health Service Executive</i>
IM	<i>Institute of Medicine</i>
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MBC	<i>Medical Board of California</i>
MBE	Medicina Baseada em Evidência
MH	Maternidade baseada em Hospital
MS	Ministério da Saúde
NHC	<i>National Health Service</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
NICHES	<i>National Institute of Clinical Health Studies</i>
NMBI	<i>Nursing and Midwifery Board of Ireland</i>
NMC	<i>Nursing & Midwifery Council</i>
NYSALM	<i>New York State Association of Lincensed Midwives</i>
PAB	Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres
PDP	Parto Domiciliar Planejado

PHPN	Programa da Humanização do Pré-Natal e Nascimento
RCM	<i>Royal College of Midwives</i>
RCOG	<i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists</i>
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
RN	Recém-Nascido
SA health	South Australia
VBAC	<i>Vaginal Birth After Cesarean</i>
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	25
2	OBJETIVOS	33
2.1	CONTEXTO HISTÓRICO DO NASCIMENTO.....	33
2.2	A ATENÇÃO OBSTÉTRICA NO BRASIL	37
2.3	O PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO BRASIL.....	40
2.4	PROTOSCOLOS E GUIAS	43
3	MÉTODO	57
3.1	TIPO DE ESTUDO	57
3.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA – OS ESPECIALISTAS.....	57
3.3	COLETA DE DADOS	58
3.4	ANÁLISE DOS DADOS	75
3.5	ASPECTOS ÉTICOS	76
4	RESULTADOS	79
4.1	MANUSCRITO 1 – CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DAS MULHERES NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	79
4.2	MANUSCRITO 2 – CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DAS MULHERES PARA ATENDIMENTO AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO.....	116
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	161
	REFERÊNCIAS	163
	APÊNDICES	181
	APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	183
	APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIOS – AVALIAÇÃO DOS ESPECIALISTAS SOBRE OS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DAS MULHERES PARA O ATENDIMENTO DO PDP	189

1 INTRODUÇÃO

O parto domiciliar como local seguro para o parto em nosso cotidiano versa em relação direta com os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, assumindo importância crucial na retomada da autonomia e protagonismo de todo o processo de parto e nascimento pela mulher e sua família (OSAVA, 1997; LESSA, 2003; SOUZA, 2005; LARGURA, 2006; COLACIOPPO, 2010; COLLAÇO, 2013). Trata-se de um contraponto ao modelo vigente de lidar com o parto como um ato medicalizado e instrumentalizado/manipulado por profissionais de saúde no contexto do hospital (DAVIS-FLOYD, 1994; DINIZ, 2005; FEYER et al., 2012; MENEZES et al., 2012).

O resgate do papel central e ativo da mulher no processo da gravidez e do nascimento é um dos focos das lutas feministas contemporâneas pela humanização da assistência. A maternidade segura é considerada um princípio básico dos direitos reprodutivos, assim como o direito da mulher de tomar suas decisões de maneira bem informada em relação a seu corpo, sua saúde, sexualidade e reprodução (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

A humanização da assistência ao parto é entendida como o respeito e à promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e crianças a obterem uma assistência baseada nas mais atuais evidências científicas da segurança e eficácia, e não na conveniência de instituições ou profissionais (MAIA, 2010).

A *World Health Organization* (WHO), a *International Federation of Obstetrics and Gynecology* (FIGO) e a *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) recomendam, para uma gestação de risco habitual, o “respeito à escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações”, pelo princípio da autonomia (FIGO 1992; WHO, 1996; NICE, 2014; BRASIL, 2016, p.98). Ou seja, a mulher tem o direito de poder ter seu parto no local que melhor lhe convier, inclusive no seu domicílio, num Centro de Parto Normal, Casa de Parto ou uma maternidade, desde que seja com assistência adequada, segura e que possua como garantia um centro de referência, quando necessário. Destacam ainda que os cuidados devem ser centrados nas necessidades da mulher inclusive o mais próximo possível de sua cultura (BRASIL, 2016; NICE, 2014).

A opção das mulheres pelo Parto Domiciliar Planejado (PDP) nos centros urbanos do país resulta da crescente expansão dos movimentos de mulheres e profissionais de saúde, que através da popularização do

tema pelas redes sociais vem contribuindo e possibilitando as mulheres e famílias encontrarem informações sobre a modalidade de nascimento e têm discutido alternativas ao modelo de atenção predominante no Brasil (SEIBERT et al., 2014).

Importante destacar que os partos domiciliares ocorridos nos centros urbanos não se configuram mais como antes da institucionalização do parto. Até meados do século XX, os partos ocorriam no domicílio obrigatoriamente, pois não havia outra opção. Eram assistidos inicialmente pelas mulheres mais experientes da comunidade, chamadas de “parteiras” ou “comadres” que aprendiam com seus próprios partos e com os de outras mulheres, por acompanharem outras parteiras, ainda mais experientes, ou suas próprias mães que dominavam o ofício de partejar. O conhecimento delas era exclusivamente prático, intuitivo e religioso e eram as principais responsáveis pelo cuidado antes, durante e após o parto (SOUZA, 2005; VIEIRA, 2008). Sendo chamadas de parteiras tradicionais (BRASIL, 2010).

Apesar de existirem ainda hoje parto domiciliares por parteiras tradicionais no Brasil, estes se dão em sua maioria em locais remotos, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste; sobretudo nas áreas rurais, ribeirinhas, de floresta, de difícil acesso e em populações tradicionais quilombolas e indígenas (BRASIL, 2013).

Diversas foram as ações realizadas por órgãos não governamentais e governamentais no país visando à melhoria da qualidade do parto domiciliar assistidos pelas parteiras tradicionais, através de treinamento, supervisão, fornecimento de material de parto, cadastramento, busca pela inserção na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecimento de mecanismos de referência, ao longo dos anos (BRASIL, 2010, 2013).

Existe uma diferença importante entre os partos domiciliares praticado antigamente, assistidos pelas parteiras tradicionais e o PDP que vem sendo realizado mais recentemente, no final do século XX e início do século XXI, principalmente nos centros urbanos. O PDP é entendido atualmente como a assistência prestada por um profissional formado, qualificado e habilitado para prestar assistência à gestação e parto de risco habitual à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério (KOETTKER, 2010).

De acordo com a WHO são considerados profissionais qualificados e habilitados para a assistência ao parto as enfermeiras obstétricas, as obstetrizas e os médicos devidamente registrados em seus

Conselhos de Classe (WHO, 1996). O atendimento deve seguir um protocolo que define as ações a serem desenvolvidas em cada etapa do processo gestacional e parturitivo, sendo imprescindível o planejamento no caso de necessidade de transferência materna e/ou neonatal para uma maternidade de referência (KOETTKER, 2010).

O retorno da casa como lugar de nascimento nos centros urbanos não objetiva o resgate ao passado, mas sim ao reconhecimento do domicílio como ambiente social e a valorização da autonomia no processo do nascimento, das mulheres e suas famílias e cujo objetivo é prestar um cuidado integral e enaltecer o protagonismo da mulher em todo o processo (CAPARROZ, 2003; FRANK, 2011). Nos partos domiciliares na contemporaneidade, é possível detectar a existência de um estilo de vida das mulheres que optam por esta assistência, de um *ethos* que se caracteriza por um conjunto específico de valores, comportamentos, crenças, sentimentos compartilhados, uma nova cultura do nascimento (SOUZA, 2005).

Somado a isso, devem ser levados em conta o reconhecimento e a apropriada interpretação das evidências comparando PDP e partos hospitalares em gestantes de risco habitual pelas autoridades e os profissionais de saúde (AMORIM, 2012). A prática da Medicina Baseada em Evidências (MBE) é definida como o elo entre a pesquisa científica de boa qualidade correntemente disponível e a prática clínica considerando-se as características e expectativas dos pacientes (EL DIB, 2007; AMORIM, 2012).

A visão comum na sociedade brasileira, compartilhada inclusive por alguns profissionais de saúde sobre o parto domiciliar, é a de que ele representa risco aumentado de desfechos desfavoráveis maternos e neonatais (SEIBERT et al., 2014). Esse pensamento condicionado da sociedade de que o ambiente hospitalar é o melhor local para se ter um filho, além do desconhecimento e preconceito são razões que movem muitas pessoas a não compreenderem a escolha por um PDP (LARGURA, 2000; FRANK, 2011).

As evidências científicas em estudos internacionais apontam que o PDP para mulheres de risco habitual obstétrico é tão seguro quanto o parto hospitalar habitual, e deveria ser oferecido como opção às mulheres saudáveis que assim o desejassem (JONGE et al., 2009; BECG, 2011). No entanto esses resultados, devem ser analisados com cautela e rigor metodológico ressaltando que se faz necessário nos estudos a identificação do profissional que atendeu o parto e especificação do nível de risco gestacional, uniformizando a coleta de

dados e minimizando a perda de informações (ELDER; ALIO; FISHER, 2016).

Recentemente, na atualização das “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal” pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) no SUS (BRASIL, 2016a) foram levantadas algumas diretrizes e discussões sobre PDP.

As considerações relatadas pela Comissão tiveram como base as diretrizes do NICE de 2014 a qual realizou uma revisão sistemática sobre o tema, analisando e comparando os resultados da assistência ao parto em quatro locais diferentes: Domicílio; Centro de Parto Normal Extra-hospitalar manejado por enfermeiras obstétricas ou obstetizas (CPNE) (“*freestanding midwifery unit*”); Centro de Parto Normal Intra ou peri-hospitalar manejado por enfermeiras obstétricas ou obstetizas (CPNI) (“*alongside midwifery unit*”) e Maternidade baseada em Hospital (MH).

Dos estudos analisados por NICE (2014) sobre a segurança do PDP quando comparados aos outros locais concluiu-se que a relação entre os benefícios clínicos e os danos demonstrou que o PDP diminui a incidência de parto vaginal instrumental (uso de fórceps e vácuo), cesariana e lacerações perineais de terceiro e quarto grau e diminui drasticamente a episiotomia; além de aumentar as taxas de parto vaginal espontâneo e maior chance de períneo íntegro no PDP (NICE, 2014)

Quanto à hemorragia e transfusão de hemoderivados não há diferenças entre um local ou outro, porém quando comparado as MH e os PDP o risco de hemorragia pós-parto grave nas mulheres é menor no PDP. Não houve nenhum caso de morte materna em nenhum dos locais analisados com um total de 75.578 participantes que relataram este resultado (NICE, 2014).

Em relação aos resultados perinatais, quando analisadas todas participantes em conjunto, não houve diferenças significativas entre os locais de nascimento. Entretanto, os estudos isoladamente não tiveram poder estatístico suficiente para detectar diferenças na mortalidade e encefalopatia neonatal (NICE, 2014).

Apenas um dos estudos analisados, o de Wax e colaboradores (2010), demonstrou um aumento no risco de mortalidade neonatal entre os recém-nascidos de mulheres que planejaram o parto em casa. Entretanto, o risco de viés deste estudo compromete a confiabilidade dos seus resultados, mesmo assim foi demonstrado um maior risco de resultados neonatais adversos compostos entre as nulíparas que planejaram o parto no domicílio (GYTE; DODWELL et al. 2010;

JOHNSON; DAVISS, 2011; SANDALL; BEWLEY et al. 2011; NICE, 2014).

Por esse motivo o grupo elaborador da diretriz inglesa recomendou que, para as múltiparas, a decisão e escolha sobre o local de parto ficasse a critério delas e, para as nulíparas com risco habitual obstétrico, que fossem informadas que embora o risco absoluto possa ser baixo, o PDP está associado com um risco maior de morte neonatal quando comparado com o parto hospitalar (NICE, 2014).

Em relação aos benefícios para as políticas de saúde e uso de recursos, concluiu-se que um PDP pode apresentar menores custos, por apresentar menor incidência de intervenções e transfusão de sangue, além de não utilizar serviços de hotelaria. No entanto, considerando as taxas de transferência aumentada entre as nulíparas e necessidade de utilização de serviços de ambulância, o PDP pode acarretar custos adicionais (NICE, 2014). Outras considerações em relação aos recursos, implica realocação de enfermeiras obstétricas ou obstetritzas para prestar serviços nas comunidades e em ambientes não hospitalares, demandando maiores investimentos para treinamento e uma reorganização da assistência (NICE, 2014).

A Comissão brasileira ao final desta discussão conclui que “dados os benefícios claros para o PDP para as múltiparas de baixo risco, uma mudança nessa direção poderia redundar em uma potencial economia de recursos no futuro” (BRASIL, 2016a, p.77).

É importante ressaltar que esses estudos são oriundos de outros países, e não necessariamente aplicáveis ao Brasil (BRASIL, 2016a). Por isso urge uma reflexão crítica e cautelosa quanto a atual situação da assistência ao PDP no Brasil e cabe aos profissionais a responsabilidade de organização deste serviço em busca da segurança desta prática também no país, a exemplo de outros países.

Embora a maioria dos partos ocorra em ambiente hospitalar no Brasil, que segundo o MS é de 98% dos partos (BRASIL, 2015), dos 2% restantes inexistem um registro do número de PDP, pois não há registro nas Declarações de Nascidos Vivos diferenciando os partos que ocorreram de forma planejada dos que ocorreram acidentalmente, impossibilitando analisar os resultados desse atendimento (KOETTKER, 2016).

No Brasil a maioria dos resultados sobre a assistência ao PDP tem sido divulgada, através de estudos qualitativos ou em relatos de experiência que revelam experiências 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; 2017).

Há uma lacuna acerca dos resultados obstétricos e neonatais no Brasil, uma vez que apenas cinco estudos quantitativos descreveram os resultados da assistência ao PDP com pequenas amostras, 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; KOETTKER, 2016); ou seja, o pequeno número de mulheres atendidas no período analisado não permite afirmar sobre a segurança do PDP no Brasil (KOETTKER, 2010; KOETTKER, 2016).

Cabe às enfermeiras obstétricas, obstetritzas e médicos obstetras enfrentarem o desafio de constituir a possibilidade de parto domiciliar atendido por profissional qualificado, a exemplo do que ocorre no Holanda, Reino Unido, Alemanha, Canadá, Austrália e outros países que mantiveram essa assistência como direito dentro do sistema de saúde (LINDGREN et al., 2008; KENNARE et al., 2009; DAVIS et al., 2011; BECG, 2011; BLIX et al., 2012; KATAOKA; ETO; LIDA, 2013; HOMER et al., 2014; DE JONGE et al., 2015).

Embora os estudos de modo geral revelem que o PDP não eleva os riscos de mortalidade e morbidade perinatal destaca-se que esses resultados são reflexo de algumas condições como: rigoroso protocolo de inclusão de mulheres para o PDP (KENNARE et al., 2009); desde que assistidos por profissionais bem treinado e assistência bem integrada com sistema de saúde, como ocorre na Holanda, em caso de necessidade de transferência para o hospital (DE JONGE et al., 2009); treinamento dos profissionais para a identificação e o pronto tratamento de eventuais complicações que possam surgir no período intraparto (MCINTYRE, FRANCIS, CHAPMAN, 2012); adequada monitorização do bem-estar fetal durante o trabalho de parto, menor tempo utilizado em transferência (KENNARE et al., 2009).

Atualmente, no Brasil, não há um protocolo de atenção ao PDP específico e consolidado como uma diretriz nacional utilizado pelas equipes que prestam esse serviço. Com isso, também não há um sistema formalizado de suporte profissional e/ou hospitalar caso a mulher e/ou recém-nascido necessitem de transferência, ou ainda garantia de que esse atendimento seja custeado com recursos públicos (KOETTKER,

2016). De modo geral, é considerado critério de inclusão pelos profissionais que assistem ao PDP, as mulheres consideradas de risco obstétrico habitual, idade gestacional entre 37 a 42 semanas, com gestação única, feto em apresentação cefálica (KOETTKER, 2014).

No estudo realizado por Koettker (2016) foram constatadas algumas intervenções obstétricas utilizadas em domicílio durante o trabalho de parto e parto pelos profissionais, nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil, no ano de 2015, como: Manobra de Kristeller, o uso de vácuo extrator e uso de ocitocina demonstrando claramente que a falta de um guia prático e de protocolos levam às condutas consideradas inseguras para serem utilizadas no ambiente domiciliar.

Como enfermeira obstétrica, que atende PDP, percebo em minha prática e em muitas conversas informais com minhas colegas, através de rede social da internet, contato pessoal e profissional vivenciados em eventos científicos e de formação, que há muitos questionamentos quanto aos parâmetros da prática obstétrica nos PDP como, por exemplo: Qual o valor limite do hematócrito gestacional para o atendimento ao parto no domicílio? Qual o limite seguro para a espera do início do trabalho de parto espontâneo quando o planejamento é domiciliar, 41 semanas e 6 dias ou mais do que 42 semanas de gestação? Pode atender PDP gemelares ou pélvicos? PDP após cesariana é seguro? Estes questionamentos demonstram falta de critérios e divergências de condutas, formando assim a mola propulsora para a construção desta proposta investigativa.

Ficam os questionamentos como: afinal, quem são as clientes ideais para o PDP? Como o profissional pode determinar que uma gestante de risco habitual é também uma boa candidata para um PDP? Quais são os fatores clínicos, obstétricos, psicológicos e sociais que podem afetar a segurança e facilitar o PDP? Essas são algumas das perguntas feitas no dia a dia dos profissionais que assistem PDP.

Destaca-se também neste contexto, a recente criação da primeira Comissão de Parto Domiciliar Planejado junto a Associação de Enfermagem Obstétrica e Neonatal de Santa Catarina (ABENFO-SC), que têm por objetivo auxiliar na organização desta assistência, a qual faço parte.

Urge a necessidade de organização e suporte para este tipo de prática e considero que a carência de uniformidade nos critérios deste atendimento em nosso país pode dar margem a muitos equívocos e erros, pois se sabe que as evidências científicas apontam resultados

positivos, quando a assistência domiciliar é prestada de forma planejada e por profissional habilitado, qualificado e treinado; mediante as diretrizes para a seleção adequada das candidatas ao PDP e um atendimento obstétrico seguro e de qualidade em domicílio (BECG, 2011; AMORIM, 2012; BLIX et al., 2012; KATAOKA et al., 2013; HOMER et al., 2014; DE JONGE et al., 2014); além de ressaltarem a importância de um protocolo de transferência ao hospital quando necessário, bem organizado e pré-estabelecido aumentando a possibilidade de desfechos favoráveis; pois, em contrapartida, os resultados perinatais negativos estão relacionados a partos precipitados e não planejados (KOETTKER, 2010; BECG, 2011; DE JONGE et al., 2014).

Diante deste contexto, ao ingressar no Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, considerei emergencial a construção e validação dos critérios de elegibilidade das mulheres para o atendimento ao PDP no Brasil, a fim de facilitar uma abordagem prática uniformizada e segura entre os profissionais que prestam esta assistência, baseadas nas evidências científicas podendo acarretar no aumento da credibilidade, responsabilidade e resolubilidade deste atendimento.

Assim, delimito inicialmente a seguinte **pergunta de pesquisa**: Quais são os critérios de elegibilidade das mulheres para a assistência ao PDP no Brasil baseado na concepção dos profissionais experts neste tipo de atendimento e nas evidências científicas?

Deste modo, o **objetivo geral** desta investigação foi construir e validar um protocolo dos critérios de elegibilidade das mulheres para o atendimento ao PDP no Brasil.

Espera-se que este estudo permita que as enfermeiras obstétricas, obstetrias e médicos visualizem com abrangência técnica e científica sua prática, tendo como ponto de partida a segura inclusão das mulheres no PDP e possam informar as mulheres, famílias que buscam seu serviço de maneira clara, atualizada cientificamente, compartilhada e responsável.

2 OBJETIVOS

A Revisão de Literatura apresentada a seguir, contempla estudos que abordam o contexto histórico do nascimento, a atenção obstétrica no Brasil, o parto domiciliar planejado no Brasil e os guias e protocolos no âmbito internacional. Para tal, foi realizada uma busca sistematizada da literatura nas bases de dados: Lilacs e Bdenf, Scielo, *Pubmed/Medline*, *Scopus e Web of Science*, Google, nas línguas Português, Inglês e Espanhol, que incluiu as pesquisas publicadas até o ano de 2017; disponíveis em *open access*, utilizando como estratégias de busca: “Nascimento”, “*Childbirth*”, “Parto Domiciliar” OR “Partos Domiciliares” OR “Parto realizado em casa” OR “parto em casa” OR “Protocolos” AND “Parto Domiciliar Planejado” OR “*Home Childbirth*” OR “*Home Childbirths*” OR “*Home births*” OR “*Home birth*” OR “*Home birth*” OR “*Home births*” OR “*Guideline*” AND “*Home Birth*” OR “*Protocols*” AND “*Home Birth*”. Além destes, foram utilizados livros, teses, dissertações que discorrem também desta temática.

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DO NASCIMENTO

O nascimento é um evento natural. Como é indiscutivelmente um fenômeno mobilizador, mesmo as primeiras civilizações agregaram, a este acontecimento, inúmeros significados culturais que através de gerações sofreram transformações, e ainda comemoram o nascimento como um dos fatos marcantes da vida (BRASIL, 2001).

Barreto (2008) em sua pesquisa histórica diz que entre o século XVI e o século XVIII os partos complicados ou não complicados eram assistidos em casa, de maneira não intervencionista, assistidos por mulheres também conhecidas como ‘parteiras’, ‘comadres’, ‘aparadeiras’ e ‘curiosas’ – pessoas reconhecidas em suas comunidades, detentoras de um saber empírico transmitido de geração a geração a partir de uma transmissão oral e simbólica, e duravam vários anos o aprendizado com base na cooperação ativa e no trabalho compartilhado até que a auxiliar – aprendiz se tornava parteira-mestre. Em geral, realizada nas relações de parentesco, numa rede de relações femininas a qual se reservava o mistério do nascimento (BARRETO, 2008).

A historiadora Ana Paula Vosne Martins (2004) em sua pesquisa sobre a medicina da mulher nos séculos XIX e XX aponta pelos incertos

e obscuros caminhos das recentes especialidades médicas que despontavam em meados do século XIX; constata dois embates nos quais estavam em jogo: o conhecimento e o poder. De um lado, o embate entre os próprios homens da ciência sobre as descobertas e experiências que realizavam no corpo de suas pacientes e a disputa pela primazia desse conhecimento. Uma batalha pelo avanço científico, pela adoção de novas tecnologias e exploração do corpo humano; batalha esta que ocorreu no interior das clínicas e das salas de cirurgia, mas que ultrapassou esses espaços ao ganhar projeção, delimitando os rumos da ciência médica moderna (MARTINS, 2004).

Esta mesma autora discorre também sobre a longa e tumultuada trajetória pela conquista de um saber até então restrito às mulheres e que abarca os segredos sobre seus próprios corpos e os ritos dos quais participavam, como a maternidade, o prazer sexual, as funções e disfunções dos órgãos. Confidências estas que, depois de escancarados, permitiram que os homens da ciência entrassem neste cenário, desafiando o domínio e o poder das mulheres sobre seus corpos, a ponto de obstetras e ginecologistas serem consagrados como ‘especialistas em mulheres’ (MARTINS, 2004).

Michel Odent (2002) nos revela em seu livro “O camponês e a parteira” o desenvolvimento explosivo da industrialização do parto. Sendo este iniciado em torno do início do século passado e considerado por ele o fenômeno mais importante desta época: o aumento no controle do processo do parto por parte dos médicos. Na Grã-Bretanha, a Lei das Parteiras, em 1902, estabeleceu vínculos oficiais entre a profissão da parteira e a profissão médica. Esta lei institucionalizou um papel subserviente da parteira em relação ao médico (ODENT, 2002).

Nesta mesma época, nos Estados Unidos da América (EUA), os médicos já haviam ganho sua participação no processo do parto, e o status e o papel da parteira minguavam com igual rapidez. O trabalho delas já era vinculado às mulheres imigrantes tidas como ignorantes e analfabetas (ODENT, 2002).

De acordo com Odent (2002) o principal intuito de eliminar as parteiras era disfarçado pelo pretexto de melhorar a assistência. Com a finalidade de reduzir o aumento da taxa de mortalidade materna e perinatal mundiais e devido ao aumento da taxa da natalidade, surge o interesse de promover ações que diminuíssem tais taxas (MARTINS, 2004; BARRETO, 2008).

Entretanto, segundo Odent (2002) os reais motivos eram econômicos. As parteiras limitavam o volume de “negócios” para os

médicos: diminuíam o número de clientela e, também, da clientela pobre (atendidas na maioria das vezes pelas parteiras), essas que “serviam” como “material” para “treinamento” das novas gerações de obstetras (ODENT, 2002).

Desta forma, foi criada a assistência pré-natal, e gradativamente os partos passaram a migrar para o ambiente hospitalar; local que passou a ser considerado como o mais adequado e seguro para a mulher e o recém-nascido, pelos médicos obstetras (MARTINS, 2004). A contínua transformação social, avanços tecnológicos, capitalismo, lógica de mercado foram disseminando e dominando as ciências da saúde, a medicina estabeleceu-se como ciência e passa a adentrar de vez no ambiente do parto (MARTINS, 2004; MENEZES et al., 2012).

A obstetrícia enquanto disciplina mudou o modo de ver e vivenciar o parto e houve uma gradativa substituição do entendimento do processo de parir e nascer como um evento fisiológico e natural por uma leitura deste como uma ocorrência de risco e potencialmente patológica. Consequentemente, a abordagem e o cuidado prestado à mulher ao bebê e à família passaram para a lógica centrada na figura do médico, predominantemente hospitalar e fundamentada em intervenções e medicalizações (MENEZES et al., 2012).

Joseph DeLee, renomado professor de obstetrícia norte-americano, teve um papel de extrema importância no advento do parto industrializado. Em 1920, discursou a seus colegas “O uso profilático de fórceps”, recomendando o uso rotineiro de fórceps e a episiotomia em todos partos; sugerindo ainda, a sedação com éter que deveria ser administrado nas “pacientes” quando o feto entrasse no canal de parto. Ele observou que “o parto é um processo patológico”. O tratado de DeLee foi de tanta influência nos EUA que, pela década de 1930, a “obstetrícia profilática” já tinha se tornado a norma (ODENT, 2002).

Identificou-se uma fase que foi classificada como modernidade na história da obstetrícia, se deu o processo de hospitalização do parto e a construção da autoridade médica, que teve como base, entre outras coisas, a valorização da confiança ou fé no progresso científico e tecnológico. Sob os cuidados de profissionais de saúde, a hospitalização apresentava menos “riscos” à saúde da mulher e do bebê (SOUZA, 2005).

O parto passou a ser visto como mais um ato cirúrgico e, a mulher em trabalho de parto começou a ser chamada de “paciente” e, como tal, tratada como doente, foi impedida de seguir seus instintos e adotar uma posição mais natural e fisiológica. Instala-se a era do parto

médico, na qual a mulher deixa de ser a figura mais importante ao ceder seu lugar à equipe médica (MACHADO, 1995).

Na década de 1970, os partos assistidos nos hospitais se tornaram a norma e um grande número de obstetras autônomos e cirurgicamente treinados começaram a exercer sua profissão com uso de monitores fetais eletrônicos na sala de parto, com infusão de ocitocina sintética, o hormônio necessário às contrações uterinas e as mulheres passaram a dar a luz num ambiente eletrônico (ODENT, 2002).

Iniciada a era tecnológica, na qual a sociedade ocidental enaltece a ciência, a alta tecnologia, o lucro econômico e o sistema patriarcal, denominada por Davis-Floyd (2001) de modelo tecnocrático de assistência; as rotinas hospitalares são um exemplo desse novo modelo, que, na maioria das vezes, eram e continuam sendo utilizadas sem nenhuma evidência científica (DAVIS-FLOYD, 2001). Além disto, com a transferência do local do nascimento para o ambiente hospitalar rompeu-se uma grande cadeia formada por mulheres que, em toda a história obstétrica, trouxeram seus filhos ao mundo no domicílio, uma vez que se considerava o parto um evento natural (LARGURA, 2006).

Neste contexto, o corpo humano é visto como uma máquina que, no caso das mulheres, é defeituoso. Por isso precisa da ajuda do hospital para o nascimento do seu filho, e este é considerado um produto da “fábrica hospitalar”. Assim, os obstetras precisaram desenvolver tecnologias e condutas para atuar no “defeituoso” processo do nascimento (DAVIS-FLOYD, 2001; MARTINS, 2004).

A partir da década de 1980, diante das altas taxas de cesarianas, grupos de profissionais passaram a se organizar para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, ao parto e ao pós-parto (HOTIMSKY, 2007); um esforço que se estendeu mundialmente, apoiado pela WHO, e que vem revolucionando a assistência obstétrica como um todo.

As avaliações desses estudos vieram à tona em 1990, evidenciando a efetividade e a segurança da atenção ao nascimento com o mínimo de intervenção sobre a fisiologia, apoiando procedimentos centrados nas necessidades da mulher, ao invés de girar em torno das necessidades das instituições e dos profissionais (DAVIS-FLOYD, 1994; 2001; DINIZ, 2005).

Segundo a WHO, esse movimento resultou em um novo paradigma, uma vez que “o objetivo da assistência é obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança. Esta abordagem implica que no parto

normal deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural” (WHO, 1996, p.4). Segundo alguns autores, trata-se de uma mudança de paradigma que redimensiona totalmente o sentido da assistência ao parto (DAVIS-FLOYD, 1994; DINIZ, 2005).

Essa contínua crítica ao excesso de intervenções culminou, em 1996, com a publicação, pela WHO, das recomendações sobre tecnologias para atenção ao nascimento e parto, classificando as práticas com base em evidências científicas em: Grupo A, práticas benéficas a serem incentivadas; Grupo B, práticas danosas ou inefetivas a serem abandonadas; Grupo C, práticas com evidências insuficientes, que demandam mais pesquisas; e Grupo D, práticas que têm sido utilizadas de maneira inadequada (WHO, 1996).

2.2 A ATENÇÃO OBSTÉTRICA NO BRASIL

No Brasil, até meados dos anos 1930, o local de nascimento majoritariamente era o domicílio, a partir dos anos 1940 esse passa por um crescente fenômeno migratório em direção à hospitalização, situação que se intensificou com o passar dos tempos, chegando ao final do século XX, com 90% dos partos sendo realizados em hospitais (RATTNER, 2009). Ou seja, em apenas 70 anos, milhões de mulheres no mundo ocidental passaram a se dirigir para os hospitais para terem seus filhos.

Segundo resultado da análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher a taxa de cesarianas foi de 32%, em 1994, e de 52%, em 2010, sendo menor no Norte e Nordeste. Mulheres submetidas a cesáreas tiveram 3,5 vezes mais probabilidade de morrer (entre 1992–2010) e 5 vezes mais de ter infecção puerperal (entre 2000–2011) que as de parto normal. No período, a proporção de prematuros se elevou mais nas cesáreas (7,8%, sendo 6,4% nos partos normais, em 2010). Em 2010, hospitais não públicos apresentaram taxas de cesarianas maiores (63,6%) e o maior aumento foi no período de 2006 a 2010 (14,0%); para os públicos, as taxas foram de 47,8% (federais), de 39,6% (estaduais) e de 34,0% (municipais) (BRASIL, 2012a).

Seguindo esta lógica os partos vaginais passaram cada vez mais a deixarem de existir, é o que revela o inquérito nacional, publicada através da Pesquisa Nascer no Brasil; em 2014, pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), sendo a prevalência das cesarianas, principalmente nos hospitais privados, chegaram próximo de 90% dos nascimentos e menos de 1,0% de partos domiciliares (independendo do planejamento)

(LEAL et al., 2014; DOMINGUES et al., 2014; BRASIL, 2016b). Como consequência, parte importante dos obstetras não se encontrava suficientemente motivada, e até mesmo capacitada, para o acompanhamento ao parto normal (BRASIL, 2001).

O Brasil vem ocupando, a nada invejável posição de campeão mundial de operações cesarianas. As taxas de cesariana no Brasil são muito superiores às recomendadas pela atual declaração da WHO (2015) que é de 10%, dizendo que ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal.

Se, de um lado, a cesariana realizada por razões médicas exerce um grande potencial de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, de outro lado, o exagero de sua prática tem efeito oposto, inclusive no aumento no consumo de recursos preciosos do sistema de saúde devido à alta complexidade utilizada em uma cirurgia de grande porte (BRASIL, 2001).

O cenário de nascimento tornou-se desconhecido e amedrontador para as mulheres e mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde. O conflito gerado a partir desta transformação influencia as mulheres, entre outros fatores, a questionar a segurança do parto normal frente ao cirúrgico, mais "limpo", mais rápido, mais "científico". Ademais, estudos já comprovaram que a violência institucional também exerce influência na escolha de grande parte das mulheres pela cesárea (BRASIL, 2001; LEAL et al., 2014).

Faz-se necessário levar em conta um fator muito debatido: quem é o protagonista da cena do parto? A mulher parturiente está mais distante desta posição: totalmente insegura, rende-se a todas as ordens e orientações, sem entender como combinar o poder contido nas atitudes e palavras que ouve e percebe, com o fato inexorável de que é ela quem está com dor e quem vai parir (BRASIL, 2001).

No Brasil, nos primeiros anos da década de 1990, um grupo de profissionais brasileiros uniu-se aos demais movimentos sociais e, principalmente, ao movimento feminista, a fim de ganhar força e lutar para mudança na assistência ao parto em geral e no âmbito da saúde pública, defendendo o poder das mulheres de dar à luz de forma ativa e independente, ao contrário do que a medicina ocidental postulava, ao torná-la alvo de forte intervencionismo (TORNQUIST, 2007).

Esse apelo foi ganhando adeptos e culminou no que hoje é conhecido como Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA). Trata-se de um movimento e de uma organização da

sociedade civil que tem como objetivo principal a divulgação de assistência e de cuidados perinatais baseados em evidências científicas (REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO, 2000).

A denominação Humanização somente foi adotada oficialmente a partir de 2000, quando foi lançado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – PHPN (Portaria 569/2000 e outros Guias) cujo objetivo é desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, primando pelo atendimento humanizado e seguro à gestante, com acolhimento e respeito à dignidade feminina. Como repercussão da implantação desse programa esperava-se a diminuição das taxas de cesariana e, conseqüentemente, a mortalidade materna e perinatal, respeitando os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (BRASIL, 2008).

O sentido do termo humanização adotado foi o de equidade/cidadania: na qual toda gestante tem direito ao atendimento pré-natal integral e completo - mínimo de seis consultas e a de puerpério, todos os exames preconizados e garantia de vaga para o parto. Além dos estímulos financeiros para que municípios qualifiquem seu pré-natal e hospitais garantam vaga para gestantes inscritas no PHPN (RATTNER, 2009).

A criação dos programas, guias e portarias do MS em confluência com a WHO foram um grande marco histórico na trajetória do movimento da humanização do parto, e têm como finalidade, embasar a prática obstétrica em evidências científicas, cria-se o conceito de Medicina Baseada em Evidência (MBE), introduzido em 1992, pelos experts da ciência médica (RATTNER, 2009). E mais na frente, com a criação da biblioteca Cochrane, em 1993, as evidências em saúde reprodutiva foram amplamente disseminadas (VOLMINK et al., 2004).

Outras iniciativas do MS incluem: campanhas pelo Parto Normal, humanizado, com presença de acompanhante, e pela redução das cesáreas desnecessárias, em 2006 e 2008; Maternidade Segura, Prêmio Galba de Araújo e a distribuição da tradução do livro sobre evidências científicas de Enkin e colaboradores (2005), ‘Guia para atenção efetiva à gravidez e ao parto’, a todos os hospitais participantes nos Seminários e Secretarias Estaduais de Saúde, entre outros (RATTNER, 2009).

Em 2011, o MS lançou a Rede Cegonha, sendo esta uma estratégia inovadora, ambiciosa e pioneira que visa a redução do número de óbitos evitáveis de mulheres e de crianças no país; buscando uma prática como uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito

ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2012b; 2013).

Como estratégia governamental, a Rede Cegonha, pretende sistematizar e institucionalizar um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que foi sendo construído no país desde os anos 1990, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros. Propõe um modelo de assistência humanizada e de qualidade que garante às mulheres e às crianças o vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza (BRASIL, 2012b; 2013).

A Rede Cegonha dirige seu olhar para a tônica do nascimento e parto como uma função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher e o(a) parceiro(a) envolvido(a). Sendo assim a Rede Cegonha objetiva: 1 - fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses; 2 - diminuir a mortalidade materna e infantil; 3 - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e; 4 - diminuir a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2012b; 2013).

Mesmo com a grande divulgação de revisões, que abordam a prática de medicina baseada em evidências e incentivos governamentais as ações de atenção centradas estritamente no modelo biomédico ainda fazem parte da realidade do parto institucionalizado. Este modelo vigente, por ser restritivo, abusivo e centrado na autoridade do profissional, faz com que mulheres/famílias, se afastem do ambiente hospitalar, buscando outras formas de vivenciar o nascimento (RATTNER, 2009).

2.3 O PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO BRASIL

O retorno do parto para o ambiente da casa também faz parte dessa iniciativa denominada Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento, que tem sido fomentado por mulheres e profissionais que acreditam na possibilidade de tornar o parto mais participativo e fortalecedor para a mulher (FEYER, 2012). De acordo com Souza (2005) e Collaço (2017), não é apenas uma mudança de endereço

(hospital – casa), e sim, uma mudança que envolve uma série de novos comportamentos, valores e sentimentos relacionados à maneira de dar à luz e nascer.

O PDP é descrito como o parto que acontece em casa, sistematizado e organizado, recomendado para gestantes de risco habitual (entre 37 e 42 semanas gestacionais, sem patologias prévias ou decorrentes da gestação), diferentemente daquele parto que ocorre acidentalmente (KOETTKER, 2010; FEYER, 2013). As consultas e exames de pré-natal são acompanhados por profissionais especializados e assistência no parto, com profissionais de saúde qualificados, sendo a enfermeira obstétrica uma dessas profissionais (FEYER, 2013).

No Brasil, atualmente, é possível recorrer a profissionais especializados, além das parteiras tradicionais, que atendem partos domiciliares, em pequenos e grandes centros urbanos. De acordo com Souza (2006, p.1), “dar à luz em casa, sob assistência profissional, nas grandes cidades brasileiras, vem se tornando uma opção para várias famílias de camadas médias, adeptas de sistemas terapêuticos ditos alternativos”.

Medeiros, Santos e Silva (2008) revelam que a opção pelo parto domiciliar em grandes centros urbanos, na atualidade, é uma decisão que depende quase exclusivamente do desejo das próprias mulheres, e que a oferta assistencial profissional está crescendo. Essa propensão está relacionada à busca permanente as informações atualizadas que as mulheres fazem sobre a gestação e o parto, seu direito e autonomia de escolha do local de parto, assim como sobre sua possibilidade de receber assistência profissional durante o parto. Nesta busca, elas também se dão conta que podem conquistar um parto mais respeitoso e que devem ser ativistas em prol de maior protagonismo no nascimento do filho (MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008).

No âmbito nacional, a maioria dos estudos publicados sobre PDP tem sido através de estudos qualitativos ou relatos de experiências produzidas muitas vezes por enfermeiras e que revelam 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; CALVETTE, 2011; FRANK, 2011; FRANK; PELLOSO, 2013; COLLAÇO, 2013; 2017; MELO, 2015).

O estudo de Frank (2011), como exemplo, apontou que as mulheres ficaram mais satisfeitas com a experiência do PDP, pois

possibilitou serem protagonistas e contarem com a presença da sua família; facilitou a sua autonomia, contribuindo 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; além de ressaltarem a importância da possibilidade da participação ativa dos parceiros e familiares em todas as fases do processo, colaborando com a evolução do parto ao oferecerem também o apoio físico e emocional (FRANK, 2011).

Melo (2015) destaca que a maioria dos acompanhantes relata ser esta experiência a de maior importância na vida deles, um momento transformador na vida da família. Eles sentem que compartilhar todas as etapas do processo parturitivo com a mulher, desde a contagem das primeiras contrações para o reconhecimento do início do trabalho de parto; aplicação de métodos não farmacológicos para alívio da dor; organização do ambiente; cuidado integral à mulher, sendo que o momento mais exaltado por eles foi a vivência em serem os primeiros a segurar o próprio filho. “Acolher primeiramente o recém-nascido recompensa todas as turbulências que sentem como o cansaço, sono e preocupações como a necessidade de encaminhamento para o hospital durante o atendimento domiciliar” (MELO, 2015, p.102).

Por outro lado, alguns estudos revelam dificuldades deste serviço, tendo como exemplo, o estudo realizado por Burigo (2013) que revelam o significado para as mulheres que precisaram ser transferidas do domicílio para o hospital e Koettker (2016), que aponta as fragilidades relatadas pelos profissionais de saúde na transferência materno e neonatal do parto domiciliar planejado.

Há apenas cinco estudos quantitativos publicados em artigos (COLACIOPPO et al., 2010; KOETTKER; BRUGGEMANN; DUFLOTH, 2013; KOETTKER et al., 2012; KOETTKER et al., 2015) com pequenas amostras que descrevem os resultados da assistência ao parto domiciliar planejado. Sendo assim, inexistem indicadores sobre a assistência ao parto no domicílio realizado de forma planejada no Brasil.

A maior amostra foi apresentada na tese de doutoramento, com 667 mulheres, que conclui que as mulheres que buscam por este atendimento têm uma elevada escolaridade e grande número de consultas de pré-natal; que estão recebendo uma assistência congruente com as evidências científicas e com os principais achados dos estudos publicados internacionalmente de base populacional. Os resultados provaram que elas vivenciaram altas taxas de parto normal, liberdade de

escolha de posição de parto, muitas pariram na água, e poucas intervenções durante o trabalho de parto e parto; houve um elevado número de mulheres com cesárea prévia que tiveram parto normal e baixa taxa de transferência antes e após o parto (KOETTKER, 2016).

Porém o tamanho da amostra impossibilitou gerar indicadores de saúde maternos e neonatais e discorrer sobre a segurança desse local de parto; possui potencial viés de coleta de dados e de seleção de mulheres. Contudo, até o momento, é o maior estudo descritivo prospectivo realizado sobre PDP no Brasil (KOETTKER, 2016).

Koettker (2016, p.28) ressalta em seu trabalho que é “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”.

Assim como, inexistente um guia ou protocolo nacional que norteie esta prática. As equipes que atendem PDP buscam referências internacionais para guiarem a suas práticas (KOETTKER, 2010; FRANK, 2011; FEYER, 2013).

2.4 PROTOCOLOS E GUIAS

Os avanços tecnológicos têm proporcionado inúmeras opções de condutas para o cuidado na área da saúde. Entretanto, estas variedades de condutas não necessariamente estão relacionadas às melhores práticas assistenciais e às melhores opções de tratamento (Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, 2012).

Os protocolos clínicos são adaptações das recomendações e orientações das diretrizes (conjuntos de diretrizes, de estratégias, de critérios) para os serviços em particular e definem fluxos de atendimento e as ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento. São elaboradas a partir do conhecimento científico atual, respaldado em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma dada área, e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos profissionais de saúde, voltados para garantir o melhor cuidado e segurança para o paciente (MENDES, 2007; WERNECK et al., 2009).

De forma geral, as diretrizes ou “*clinical guidelines*” são maiores já que contemplam todas as possibilidades dentro de uma situação de saúde, desde a prevenção, tratamento e acompanhamento em todas

esferas. Enquanto os protocolos deveriam ser documentos mais objetivos, concisos que realmente sintetizassem as recomendações para a realidade vigente e auxiliassem os profissionais na tomada de decisão rápida (ANS, 2012).

A padronização e sistematização das condutas, melhoram as práticas dos profissionais de saúde, minimizando a variabilidade dos processos assistenciais e procedimentos desnecessários, ajudando na orientação dos clientes, cuidadores e usuários de serviços, no estabelecimento de cuidados de acordo com a melhor evidência disponível de eficácia e permitindo que as pessoas sejam responsáveis por seus cuidados, sabendo como serão atendidas de forma consistente baseada em evidências (ANS, 2012; NICE, 2017).

Assim como, aumenta a capacidade de supervisão, monitoramento e acompanhamento da qualidade das ações e serviços em saúde prestados, incentivando a excelência profissional, o uso eficiente de recursos e o atendimento às necessidades e segurança dos pacientes (ANS, 2012).

Desta maneira, as organizações internacionais e nacionais de saúde materno-infantil que estão empenhadas em melhorar a segurança e fornecer qualidade materna e cuidado do recém-nascido quando as mulheres planejam ter o parto em casa, têm desenvolvido protocolos ou guias, a fim de nortear as condutas, baseada em evidências ou melhores práticas. Além disto, promover confiança às mulheres, às suas famílias e outros profissionais e ainda, promover e apoiar a coordenação de cuidados entre provedores (SIZER; ARDIZZONE, 2015; *Health Service Executive – HSE, 2016; South Australia Health – SA Health, 2013*).

Existe uma lacuna acerca dos estudos que abordam a construção de *Guidelines e protocolos* para assistência ao PDP, sendo este tema abordado mais recentemente por Cook, Avery e Frisvold (2014) avaliando as diferentes opiniões dos profissionais de saúde sobre a criação de um *guideline* nacional para PDP nos Estados Unidos da América. Além deste foram encontrados outros três estudos que abordavam especificamente a temática sobre protocolos/guias para o PDP dois da América do Norte, um do Canadá e um da Suécia (VEDAM; KOLODJI, 1995; JANSSEN et al., 2003; LINDGREN et al., 2014). No Brasil não foi encontrado nenhum estudo com esta abordagem.

O artigo de Vedam e Kolodji (1995) discutiu sobre quais os fatores específicos que podem afetar o resultado de um parto domiciliar, sendo eles: os psicossociais, médicos e logísticos. O objetivo de avaliar

os possíveis riscos para o parto domiciliar é selecionar a mulher que está de acordo com todos os conhecimentos e padrões médicos e obstétricos, e deve ser considerada uma mulher de risco habitual com excelente prognóstico para a gravidez normal, saudável, o parto normal e um próspero pós-parto.

No contexto de um PDP, a designação "de risco habitual" significa que a mulher está disposta a aceitar a responsabilidade ao autocuidado, que ela possua uma rede de social de apoio adequada durante todo o ciclo da maternidade, que perceba que seu estado emocional é conclusivo para o parto natural, que ela entenda e concorde com os critérios específicos para o parto em casa (por exemplo, aleitamento materno, preparação de todos participantes e do ambiente, não há medicação para alívio da dor) e que ela não possua fatores médicos ou obstétricos que exigiriam hospitalização (VEDAM; KOLODJI, 1995).

As autoras ainda reforçam que na prática do parto domiciliar, a cliente compartilha a responsabilidade para avaliar e garantir a adequação do plano de parto domiciliar. Em muitos casos, ela pode alterar ou tratar o fator de risco para melhorar seu perfil. Se ela tem a oportunidade, mas opta por não aceitar essa responsabilidade, então ela pode não ser uma boa candidata (VEDAM; KOLODJI, 1995).

Cook, Avery e Frisvold (2014) investigam a ideia de fomentar uma abordagem comum para a prática segura de PDP nos Estados Unidos, através da criação de diretrizes nacionais para *midwives* que prestam este serviço. O autor principal cria um conjunto de diretrizes para possível uso pelas *midwives* certificadas que assistem partos domiciliares; com base nos protocolos internacionais; e assim, encaminha aos profissionais atuantes em PDP revisarem tais diretrizes.

Dentre as discussões, os autores ficaram surpresos com o fato dos revisores das diretrizes; propostas pela autora, mudarem suas opiniões quanto a criação e implantação de uma diretriz nacional para o PDP, pois quando questionados sobre a importância de ter uma diretriz nacional a maioria respondeu que sim, mas após a apresentação das diretrizes propostas a principal preocupação levantada pelos revisores era de que as diretrizes afetariam sua autonomia (COOK; AVERY; FRISVOLD, 2014).

As autoras salientam que as diretrizes se destinam a fornecer as melhores práticas das quais os provedores podem atender às necessidades individuais dos clientes, mas também desencorajar os

provedores de divergir de práticas seguras (COOK; AVERY; FRISVOLD, 2014).

Segundo as autoras, os revisores especificaram que as diretrizes propostas podem não apoiá-los se eles optarem por atender em casa uma mulher com apresentação pélvica ou gestação gemelar ou uma mulher que deseja uma tentativa de trabalho de parto após uma cesariana anterior, por exemplo. E ressalta que embora a segurança do cliente às vezes possa entrar em conflito com preferências do provedor e do cliente, a segurança é a primeira prioridade para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde (COOK; AVERY; FRISVOLD, 2014).

Janssen e colaboradores (2003) descrevem o projeto intitulado de *Home Birth Demonstration Project*, que ocorreu na região de *British Colúmbia* no Canadá. Este foi realizado a fim de facilitar a introdução do PDP no Sistema de Saúde da região e para realizar uma avaliação abrangente da segurança e tornar viável o PDP durante os primeiros dois anos de implementação com prestadores de cuidados de saúde associados estabelecidos pelo *College of Midwives of British Columbia* (CMBC).

Um dos principais componentes deste Projeto foi o desenvolvimento de um conjunto de políticas e protocolos para orientar a preparação e o gerenciamento do PDP. O *College of Midwives*, que é o órgão regulador da obstetrícia na *British Colúmbia*, estabeleceu várias políticas, incluindo: Critérios de inclusão/elegibilidade para o PDP; Política sobre escolha informada; Indicações para Discussão, Consultoria e Transferência de Cuidado (para médicos); Política para o segundo assistente de parto; Equipamentos e suprimentos necessários para o nascimento domiciliar (JANSSEN et al., 2003)

Neste estudo concluiu-se que o projeto *Home Birth Demonstration Project* demonstrou que os cuidados da *midwife* em casa podem ser monitorados de perto e que as *midwives* se comunicam, colaboram e estabelecem relações profissionais que lhes permitiram obter privilégios hospitalares, permitindo sua entrada livre nos hospitais para dar continuidade ao cuidado prestado, realizar consultas e transferir cuidados para um médico, quando necessário. E ainda, que não houveram indícios de risco aumentado associado ao parto domiciliar até o momento. Essas comparações são baseadas em números pequenos e, portanto, justificam uma avaliação contínua (JANSSEN et al., 2003).

Segundo as autoras, a avaliação forneceu evidências para sustentar a decisão do Sistema de Saúde de continuar oferecendo às mulheres na *British Colúmbia* a escolha do nascimento domiciliar nas

quais participaram *midwives* regulamentadas praticando dentro das diretrizes estabelecidas pelo CMBC, sendo os serviços de obstetrícia totalmente financiados pelo governo sem nenhum custo para os clientes (JANSSEN et al., 2003).

Lindgren e colaboradores (2014) investigaram a situação em relação a diretrizes e práxis para PDP e compararam os países Escandinavos (Dinamarca, Islândia, Noruega, Finlândia e Suécia). As autoras concluem que as inconsistências nos serviços de parto domiciliar dos países escandinavos implicam diferentes formas de cuidados da *midwife*¹ para com as mulheres. A falta de *guidelines* deixa a *midwife* sem uma proteção legal quando conflitos aparecerem.

As autoras relatam que na Noruega e na Suécia há em torno de 20 *midwives* independentes em cada país que assistem PDP, até o momento da realização da pesquisa, trabalham em dupla ou sozinhas. As *midwives* não tem acesso aos equipamentos, nem de sutura nem os medicamentos para o atendimento ao PDP. No estudo, ainda são relatados que os registros dos nascidos vivos (Declaração de Nascidos Vivos) fora do hospital não são específicos para os que foram planejados, podendo entrar os nascimentos acidentais nesta lista; ou seja, não há um registro específico para este atendimento na Noruega (LINDGREN et al., 2014).

Ressaltam que devido a dificuldade de encontrar *midwives* que realizem este atendimento, em torno de 20% dos nascimentos que ocorrem no domicílio na Suécia ocorreram sem assistência profissional, lembrando que estes nascimentos não são especificamente registrados (LINDGREN et al., 2014).

Já na Dinamarca, qualquer mulher tem direito ao PDP e além do Guia de PDP há registros próprios para este atendimento. Os cinco estabelecimentos de saúde de lá devem apresentar plano de cuidado pré-natal, parto e pós-parto e organizar como a gestante deve entrar em contato com sua *midwife* para o PDP. Devendo ocorrer uma visita ao domicílio afim de verificar as condições para o parto (LINDGREN et al., 2014).

Há duas equipes de *midwives* independentes que atendem PDP no país, até o momento da realização da pesquisa. Sendo que uma das equipes trabalha em Copenhaga e são pagas diretamente pela mulher. A outra equipe tem acordo com a Região de Sjaelland e são pagas pela

¹ Nas 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.

administração local. São elas responsáveis pelo atendimento de 20% dos PDP do país (LINDGREN et al., 2014).

Um grupo seletivo de *midwives* são pagas pelos hospitais que oferecem este serviço. Essas no caso, levam todo equipamento e medicações desses hospitais. E diferente dos outros países da região, as *midwives* dinamarquesas são permitidas a prescreverem medicações (LINDGREN et al., 2014).

E na Islândia, as autoras informam que existe um guia para este tipo de assistência e está muito bem detalhado as condições em que este tipo de atendimento não é recomendado, mas não listam quais. Também é ressaltado no guia, as considerações para transferência institucional quando recomendada, porém, também, não listam elas (LINDGREN et al., 2014).

Sugerem que se faz necessário um levantamento de dados adicionais, uma vez que em alguns registros nacionais não expõe claramente os PDP. E alerta que nos países onde a *midwife* não pode levar todos equipamentos adequados e as medicações uterotônicos aos atendimentos aumentam negativamente os riscos para mãe e seu bebê (LINDGREN et al., 2014).

Além deste alerta sobre o fato desta assistência não estar vinculada ao sistema de saúde e não ter financiamento do Estado, contribui para o aumento de partos desassistidos, fazendo com que as mulheres contratem, por exemplo, doulas ao invés de *midwives* ou outro profissional habilitado e capacitado para este tipo de assistência (LINDGREN et al., 2014).

Além destas publicações, em busca na literatura foram encontrados protocolos internacionais de sete países diferentes que tratam especificamente do atendimento ao PDP por profissionais credenciados. Dentre eles, o ***Clinical Guideline for: Planned Home Birth***, a versão de 2015 (SIZER; ARDIZZONE, 2015) e assim como no ***Homebirth Team Standard Operating Protocol*** (SHULTZ; HARDING, 2017) são complementares e dirigidos para os atendimentos realizados no Reino Unido (Inglaterra, Escócia, País de Gales, Irlanda do Norte).

O *National Health Service*² (NHS) é o sistema de saúde pública da Inglaterra. Abrange tudo, incluindo rastreio pré-natal, rastreios de rotina, tratamentos para condições de longo prazo, transplantes, tratamento de emergência e cuidados de fim de vida. Com exceção de

² National Health Service – NHS é o sistema de saúde pública da Inglaterra. Disponível em: <https://www.nhs.uk>.

algumas cobranças, como prescrições, serviços oftalmológicos e serviços odontológicos, o NHS na Inglaterra é de uso gratuito para todos os residentes do Reino Unido. Isso atualmente representa mais de 64,6 milhões de pessoas no Reino Unido e 54,3 milhões de pessoas na Inglaterra sozinhas (NHS, 2017).

Em relação a escolha do local de parto a mulher pode escolher dar à luz em casa, em uma unidade administrada por *midwives* (uma unidade de obstetrícia ou centro de parto normal) ou no hospital. Alguns hospitais têm uma unidade de obstetrícia separada. A escolha que a mulher tem sobre onde ter seu bebê dependerá das suas necessidades e riscos e, até certo ponto, de onde ela mora (NHS, 2017).

O NHS ressalta a importância de que a mulher e seu parceiro tenham todas as informações necessárias para fazer escolhas sobre onde ela gostaria de dar à luz. Os profissionais devem discutir as opções disponíveis na região de moradia da mulher, embora seja livre escolher qualquer serviço de maternidade que a mulher quiser quando ela estiver disposta a se deslocar e viajar.

Dos profissionais que atendem aos partos domiciliares são parte integrante as *midwives* comunitária e todas elas devem estar confiantes e preparadas para oferecer este atendimento (SIZER; ARDIZZONE, 2015). Na Inglaterra e no País de Gales, 2,3% das mulheres grávidas (pouco mais de 1 em cada 50) dão à luz em casa. Quando a mulher decide pelo PDP, ela será apoiada por uma *midwives* que estará com a mulher durante todo trabalho de parto. E caso necessário for, é a *midwives* também a responsável por todo arranjo para a transferência para o hospital de referência (NHS, 2017).

Nos protocolos do Reino Unido leva-se em consideração que: o parto domiciliar é considerado tão seguro como qualquer outro cenário de nascimento para mulheres consideradas em "risco habitual" com um aumento de risco para bebês de mães primíparas (BECG, 2011) e, como tal, deve ser oferecido como uma escolha para todas as mulheres de baixo risco (SIZER; ARDIZZONE, 2015; SHULTZ; HARDING, 2017).

Estes guias têm como objetivo garantir que as mulheres que escolhem um PDP sejam informadas e esclarecidas de forma simples e eficaz. Que os desvios do normal sejam tratados da maneira mais apropriada e as transferências da mãe e/ou do bebê para o hospital sejam feitas de forma oportuna e apropriada (SIZER; ARDIZZONE, 2015; SHULTZ; HARDING, 2017).

Os guias descrevem os critérios para as mulheres que desejam um parto domiciliar, dá conselhos para quando as mulheres que não são de

"risco habitual" escolhem um parto domiciliar e descrevem os procedimentos necessários para a transferência para o hospital, caso o desvio do normal ocorra (SIZER; ARDIZZONE, 2015; SHULTZ; HARDING, 2017).

Entretanto, algumas mulheres que não se enquadram nos critérios também podem optar por dar à luz em casa. Nestes casos o guia salienta que é dever da *midwife* oferecer todas as opções com clareza e respeitar as escolhas que uma mulher faz (*Nursing & Midwifery Council – NMC*, 2009). Todos os fatores de risco e os cuidados adicionais que podem ser fornecidos na unidade obstétrica devem ser discutidos com todas as mulheres usando a melhor evidência disponível para que ela possa fazer uma escolha informada sobre o local do parto (RCOG 2007).

A NHS (2017) ressalta que cabe ao médico ou *midwife* explicar o porquê é mais recomendado ter um parto hospitalar nos casos, por exemplo, de gestação gemelar ou feto com a apresentação pélvica (NHS, 2017). Os guias sugerem que esta discussão deve ocorrer tão cedo na gravidez quanto possível e revisada na consulta domiciliar de 36 semanas. Se houver uma discrepância entre as escolhas da mulher versus os riscos percebidos de cuidar dela no ambiente doméstico, a *midwife* deve continuar a cuidar, mas deve envolver seu gerente e buscar apoio de seu supervisor de *midwife* (NMC, 2009).

A assistência ao parto no Reino Unido é um exemplo de um modelo suporte integrado e que de fato dá opção das mulheres escolherem o local de nascimento, incluindo parto domiciliar totalmente financiada pela saúde pública e onde há uma clareza entre as competências, responsabilidades e limites de cuidado entre os profissionais que devem trabalhar de maneira colaborativa.

O *Clinical Guideline South Australian Perinatal Practice Guidelines – Planned Birth at Home in South Australia (SA)* de 2013 (SA Health, 2013) e o *Implementing a public home birth program Guidance for Victorian Public Health Services* publicado em 2015 (*Department of Health & Human Services - DHHS*, 2015), desenvolveram a Política de PDP para orientar profissionais registrados (isto é, *midwives* registradas e/ou profissionais de saúde registrados - médicos e enfermeiras especialistas) trabalhando no sistema de saúde pública do Sul da Austrália ao prestar assistência a mulher que faz uma escolha informada para dar à luz em casa. A mulher deve ser apropriadamente credenciada pelo seu hospital público de referência em caso de transferência do PDP.

Essa política é implementada em contexto com o Plano Nacional de Serviços de Maternidade da Austrália, onde se afirma que todas as mulheres australianas terão acesso a cuidados obstétricos de alta qualidade, baseados em evidências e culturalmente competentes em uma variedade de configurações perto de onde vivem (*National Maternity Services Plan*³, 2010).

Assim como no Brasil, quase todos os nascimentos na Austrália ocorrem em hospitais. Em 2014, 98% das mulheres deram à luz em hospitais, enquanto proporções muito menores deram à luz em Centros de Parto (1,8%), em casa (0,3%) ou em outras configurações, incluindo nascimentos ocorridos antes da chegada ao hospital (0,4% ou 1.080 mulheres) (*Australian Institute of Health and Welfare*⁴- AIHW, 2014).

Apenas um quarto (24%) das mães que deram à luz em casa era primípara, muito inferior às proporções de mães que deram à luz em hospitais e centros de nascimento (44% e 36%, respectivamente). Independentemente do local de nascimento, quase todos os bebês foram nascidos vivos (mais de 99%) (AIHW, 2014).

Na Austrália as mulheres podem escolher ter PDP através de um programa financiado publicamente por um hospital público que aderir ao programa, onde os serviços prestados para assistência ao parto no domicílio é realizado por *midwives* devidamente cadastradas em nestes hospitais públicos. Foi demonstrada através de dois programas-piloto, na região da Vitória, na Austrália, que operaram entre 2009 e 2012, a capacidade dos serviços públicos de maternidade de fornecer programas

³ *National Maternity Services Plan* estabelece o planejamento estratégico para os governos australianos a cada 5 anos, definidos durante o *Australian Health Ministers' Conference* (disponível em: www.ahmac.gov.au) com a finalidade de manterem o alto padrão de segurança e qualidade nos cuidados maternos e ao mesmo tempo procura melhorar o acesso aos serviços e a escolha nos diversos modelos de cuidados. Disponível em:

[https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/8AF951CE492C799FCA257BF0001C1A4E/\\$File/maternityplan.pdf](https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/8AF951CE492C799FCA257BF0001C1A4E/$File/maternityplan.pdf).

⁴ *Australian Institute of Health and Welfare* é uma importante agência nacional que fornece informações e estatísticas confiáveis, regulares e relevantes sobre saúde e bem-estar da Austrália. O objetivo do Instituto é fornecer informações e estatísticas autorizadas para promover uma melhor saúde e bem-estar entre os australianos. Disponível em: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/68429bae-becd-4edb-9861-73d5fbd258c/20210.pdf.aspx?inline=true>

de parto em casa. Os dois programas públicos de PDP continuam a crescer (DHHS, 2015).

Porém também existem aquelas *midwives* que prestam esse serviço de forma independente, sendo que maioria das mulheres na Austrália têm seu PDP com uma *midwife* independente. Estas *midwives* fornecem todos os seus cuidados no pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto de forma privada (*Homebirth Access Sydney*⁵- HAS, 2017). Vale salientar que o sistema de saúde público na Austrália não é gratuito como ocorre no Brasil. Um australiano ou residente permanente pagam uma taxa de 1% a 1.5% do seu salário para cobrir o Medicare (sistema público australiano). O Medicare cobre todo valor de uma hospitalização, mas não paga o valor do restante dos gastos (ambulâncias, médico, anestesista, entre outros) a não ser em caso de emergência ou parto (HAS, 2017).

Os dois guias norte-americanos encontrados nesta investigação foram o californiano ***Practice Guideline for California Licensed Midwives*** publicação de 2014 (*Medical Board of California - MBC*, 2014) pela *California College of Midwives Standards & Guidelines* nele estão incluídos: breve descrição dos deveres e responsabilidade para com as mulheres, seus bebês; Protocolos e Políticas; Obrigações Administrativas; Critérios para Elegibilidade de Cliente; Critérios para Consulta ao médico, Referência e Transferência do cuidado durante período pré-natal, intraparto, emergência e pós-parto; Referenciamento do neonato e as Práticas Mínimas requeridas. E o ***Planned Home Birth in New York State New York State Association of Licensed Midwives Guidelines for Best Practice***, do estado de Nova York, publicado em 2015 (*New York State Association of Lincensed Midwives*⁶ - NYSALM, 2015).

⁵ Homebirth Access Sydney (site) de uma organização sem fins lucrativos e o único grupo desse tipo em Sydney que promove e apoia o PDP, como uma opção acessível e acessível. Sua missão é proporcionar acesso a serviços pré-natais e pós-natal, informações e apoio para mulheres que desejam ter um parto natural ou PDP.

⁶ *New York State Association of Lincensed Midwives* é um grupo de *midwives* licenciadas praticantes de todas as partes do estado de Nova York que se uniram com o objetivo de falar com uma só voz para legisladores, organizações de cuidados gerenciados e outros profissionais, lidando com questões que são exclusivas para *midwives* neste estado sob escopo de prática.

Neste segundo guia norte americano o processo de desenvolvimento desse documento foi através de um comitê de sete *midwives*, que também são membros da diretoria da NYSALM, realizaram reuniões semanais por mais de um ano para atualizar a declaração de PDP da NYSALM. O trabalho começou com uma análise das barreiras existentes à integração de PDP no sistema de cuidados maternidade (NYSALM, 2015). Em seguida, uma pesquisa foi enviada para todos membros do NYSALM onde foi solicitado comentários sobre a necessidade de diretrizes para o PDP. Uma forte maioria, 70%, concordou que as diretrizes relativas à seleção de clientes para PDP são importantes, incluindo o estabelecimento de critérios de consulta, colaboração e encaminhamento.

Este documento ainda salienta que as parteiras em todas as configurações práticas estão empenhadas em melhorar a segurança e fornecer cuidado de qualidade materna e do recém-nascido. Essa visão é compartilhada por mulheres, defensores dos consumidores, consultores obstétricos e outros membros da equipe de cuidados de saúde. A prática obstétrica para mulheres que escolhem o PDP defende esses objetivos (NYSALM, 2015).

O direito das mulheres de escolher o PDP tem um apoio irrestrito à política de saúde. As organizações internacionais e nacionais de saúde materno-infantil se concentram em apoiar serviços de melhor qualidade quando as mulheres planejam ter o parto em casa (NYSALM, 2015).

O guia da NYSALM (2015) ainda reforça a crença que a colaboração dentro de um sistema integrado de cuidados maternos é essencial para se obter ótimos resultados para mãe e bebê. Todas as mulheres e famílias que procuram um PDP ou de Centros de Partos Normais têm direito a consultorias, encaminhamento, transporte e transferência de cuidados respeitáveis, seguras e sem embates quando necessário. Quando o diálogo e a cooperação interprofissionais em curso ocorrem, todos são beneficiados (Collaboration. Home Birth Consensus Summit 2015).

Neste guia então são estabelecidas as Diretrizes para indicações para Consultoria, Colaboração e Referência (CCR) para o parto domiciliar planejadas. O CCR é indicado para qualquer mulher com condições médicas ou psicológicas significativas que possam afetar a saúde perinatal (NYSALM, 2015).

Sugerem que as parteiras utilizem o julgamento clínico e a avaliação contínua ao longo do ciclo de cuidados maternos, incluindo a seleção de clientes apropriados para o PDP. As parteiras identificam

condições que precisam de cuidados avançados para promover resultados saudáveis para a mãe e seu bebê. Quando essas situações são identificadas, a parteira fornece informações baseadas em evidências para a família sobre opções de cuidados, facilita a tomada de decisão compartilhada centrada na mulher e recomenda consultoria, colaboração e/ou referência (CCR) com o provedor especializado apropriado (NYSALM, 2015).

O *Home Birth Handbook for Midwifery Clients* do Brithish Columbia no Canadá publicado em 2010 pelo *College of Midwives of British Columbia* (CMBC) (2010) se esforçou para unir todos profissionais (*midwives*, médicos, enfermeiros, funcionários do hospital – os recepcionistas, por exemplo - e profissionais das ambulâncias) com o objetivo comum: que o PDP seja o mais seguro possível para mães e bebês.

Importante observar neste guia que é destacado o fato de que as *midwives* reconhecem as mulheres como decisor primário. E esclarecem que apoiar a mulher como um decisor ativo é o que torna o processo de “escolha informada” diferente do processo de obtenção do “consentimento informado” (CMBC, 2010).

O CMBC (2010) apoia o direito de uma mulher escolher o parto em sua própria casa com sua família. As decisões sobre saúde são baseadas em muitos fatores, incluindo considerações físicas, emocionais, sociais, espirituais e culturais. As mulheres devem ser livres para tomar decisões em relação ao nascimento com base em todos esses fatores. Reconhecem que o nascimento é mais do que um evento físico ou médico.

Quando a *midwife* presta cuidados na atenção primária, ela apoiará a escolha do cliente, depois que o cliente considerou cuidadosamente as informações e as recomendações. O guia também orienta que nos casos que uma cliente solicitar um PDP, porém não se enquadrar como gestante de risco habitual, a *midwife* deverá seguir a política do CMBC. Caso a mulher não se enquadre na classificação de risco habitual ou se tenha dúvidas quanto a isso, ela discute o atendimento da cliente com outro profissional, faz consultoria ou transfere a responsabilidade de cuidados primários de acordo com as Indicações de Discussão, Consultoria e Transferência de Cuidados, de acordo com a política do CMBC (CMBC, 2010).

A responsabilidade de consultar um médico de família / médico de clínico geral, obstetra e/ou médico especialista cabe à *midwife*. Também é responsabilidade da *midwife* iniciar uma consulta dentro de

um período de tempo adequado após a detecção de uma indicação de consulta. A gravidade da condição e a disponibilidade de um médico influenciarão essas decisões (CMBC, 2010).

O CMBC (2010) desenvolveu uma lista de Indicações para Discussão, Consultoria e Transferência de Cuidados, bem como Indicações para o Local de Nascimento Planejado para orientar as *midwives* na avaliação de risco.

Diante disto, o guia aponta os critérios dividindo nestas três categorias, onde “Discussão” significa que a *midwife* deve discutir ou obter maiores informações sobre o caso com outra *midwife* mais experiente e ou médico com a finalidade de planejar os cuidados adequadamente (CMBC, 2010).

“Consultoria”, refere-se à situação em que uma *midwife* solicita a opinião de um médico competente para dar aconselhamento no campo relevante ou quando outra opinião é solicitada pela cliente. A discussão pode então ocorrer entre a *midwife* e o consultor sobre o cuidado futuro do cliente (CMBC, 2010).

E “Transferência” do cuidado ocorre quando é transferida permanentemente ou temporariamente da *midwife* para um médico, o médico assume a responsabilidade total pela tomada de decisão subsequente, juntamente com o cliente. Quando isso ocorre a *midwife* pode fornecer cuidados de suporte dentro do seu escopo de prática, em colaboração com o médico e a cliente (CMBC, 2010).

O guia da Irlanda, publicado em 2016, “***Policy to Support Self-Employed Community Midwives (SECM) to Assess the Eligibility and Suitability of Women for Inclusion/Exclusion for Planned Home Birth with the Health Service Executive (HSE)***” (HSE, 2016) foi desenvolvido para orientar o serviço de PDP do *Health Service Executive* (HSE) da Irlanda, ou seja, pelo serviço público e comunitário.

Esta política é fornecida para apoiar a *midwives* comunitárias Independentes/Autônomas (*Self-Employed Community Midwives* (SECM)) na realização de uma avaliação de risco das mulheres em relação à sua elegibilidade e adequação para dispor do serviço de PDP com a saúde pública da Irlanda (HSE, 2016).

O HSE (2016) adotou o guia de “Cuidados com mulheres saudáveis e seus bebês durante o parto” da NICE (2014) como base de evidências para avaliar a elegibilidade e a adequação das mulheres que solicitam um parto em casa. Este escopo inclui a avaliação de risco no momento da primeira consulta de pré-natal e deve ser utilizado durante a gravidez, trabalho e pós-parto. O *Nursing and Midwifery Board of*

*Ireland*⁷ (NMBI) (2015) auxilia as profissionais autônomas, a mulher e todos outros profissionais envolvidos em sua tomada de decisão para alcançar os melhores resultados possíveis.

O objetivo da política do HSE é apoiar a *midwives* comunitárias independentes/autônomas na avaliação de risco da elegibilidade e adequação das mulheres para inclusão no Serviço de PDP da HSE, utilizando uma listagem de condições clínicas que aumentam o risco para PDP e requerem planejamento de nascimento hospitalar (HSE, 2016).

A política deve orientar os profissionais de saúde, as mulheres e seus parceiros sobre os critérios de elegibilidade e a adequação para as mulheres que planejam um parto domiciliar. E foi preparada para apoiar o SECM para exercer seu julgamento profissional na avaliação da elegibilidade e adequação de uma mulher para proceder com um parto domiciliar (HSE, 2016).

É importante destacar que todos estes protocolos levam em consideração o contexto e cultura local, bem como a forma como o sistema de saúde está organizado. Entretanto, todos reforçam a importância de critérios de elegibilidade da mulher para o PDP para garantir a segurança no atendimento e melhores desfechos.

⁷ *Nursing and Midwifery Board of Ireland* é o órgão estatutário responsável pela regulamentação das profissões de enfermagem e obstetrícia na Irlanda. Disponível em: <https://www.nmbi.ie/Standard-Guidance/Midwives-Standers>.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico, que incide na condução de pesquisas rigorosas e que tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de instrumentos e métodos de pesquisa. Este tipo de estudo frequentemente tem seu foco no desenvolvimento de novos instrumentos e costuma envolver modelos de pesquisa com método misto (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

O método que foi utilizado para determinação e validação dos critérios de elegibilidade das mulheres para o atendimento ao PDP foi a técnica de Delphi, composta de cinco etapas (Quadro 1), recorrendo-se a um painel de peritos (especialistas) na área para validar o conteúdo (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000). O objetivo desse método ou técnica consiste em uma estratégia metodológica de pesquisa, que visa obter um máximo de consenso de um grupo de especialistas sobre um determinado tema, quando a unanimidade de opinião não existe em virtude da falta de evidências científicas ou quando há informações contraditórias (GEIST, 2010; JONES, 1995). Inicialmente para a construção da proposta do protocolo, na segunda etapa Delphi, foi realizada uma revisão integrativa com base na propostas por Whitemore e Knalf (2005).

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA – OS ESPECIALISTAS

Neste estudo, a população foi composta pelos profissionais que atendem PDP nas regiões do nordeste, centro-oeste, sudeste e sul do Brasil. A fim de localizar os especialistas em PDP para compor a amostra foi utilizada uma amostragem por conveniência que envolve a utilização das pessoas mais convenientes disponíveis como participantes da amostra (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Como estes atuam de forma autônoma e não há registros dentro dos órgãos competentes, como os Conselhos e Associações das categoriais profissionais para que a busca desses dados seja possível, a identificação foi realizada mediante contato pessoal nas redes sociais da internet, em eventos e encontros científicos da área obstétrica e indicação de profissionais, através da técnica de amostragem de rede, conhecida como “*Snow Ball*” (bola-de-neve), na qual, os profissionais inicialmente selecionados indicam possíveis profissionais elegíveis para o estudo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Essa técnica facilitou a definição dos participantes,

uma vez que é mais fácil um membro da população conhecer outro elegível para o estudo.

O mais recente registro sobre as equipes e profissionais atuantes na assistência ao PDP no Brasil, é encontrado na tese de Joyce Koettker (2016), onde foram identificadas 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. A maioria dos profissionais era enfermeiras obstétricas (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%) (KOETTKER, 2016).

Os critérios de inclusão foram: possuir registro no Conselho de Classe competente e habilitado legalmente para o atendimento ao parto normal de risco habitual, de acordo com sua Lei do Exercício Profissional, em que consta a assistência ao parto normal. Dessa forma, foram convidadas a participar do estudo as enfermeiras obstétricas, obstetrizas e médicos. Além deste, ter um tempo de atuação mínima de quatro anos no atendimento ao PDP. E como critério de exclusão: os profissionais que não tenham atendido a no mínimo 10 partos domiciliares.

A atuação da pesquisadora principal no contexto domiciliar e a aproximação com esses profissionais foram fatores positivos e facilitadores para a realização deste estudo. Ressalta-se que buscou-se envolver o maior número de profissionais especialistas das diversas regiões propostas.

3.3 COLETA DE DADOS

Para atingir os objetivos deste estudo metodológico, foram desenvolvidas as etapas sugeridas pela técnica Delphi. Segundo Wright e Giovinazzo (2000) a opção por esta técnica e não por outras técnicas que buscam consenso, quando bem executada, facilita o acesso a um grupo amplo e a uma população geograficamente dispersa de forma simultânea; o intercâmbio de informações entre um número importante de pessoas peritas no assunto; evita a coesão de grupo e impede que a autoridade de algum membro influencie outros; e permite que pessoas opinem sem se expor.

Estes mesmos autores também afirmam que o Delphi é uma técnica que busca um consenso de opiniões de um grupo de especialistas (peritos) ao longo de um processo sobre eventos futuros e tendências. Essa técnica fundamenta-se no uso estruturado do conhecimento, experiência e criatividade de um painel de especialistas, admitindo-se que o parecer coletivo, quando estruturado adequadamente, é melhor que uma opinião individual (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

Por tais motivos, tem sido amplamente utilizada na pesquisa em saúde, nas áreas de tecnologia, da educação, da formação e informação e prioridades de enfermagem e prática clínica (JONES, 1995; FLORES et al., 2014).

Para a elaboração deste estudo segundo esta técnica foram percorridas cinco etapas que constam no Quadro 1.

Quadro 1 - Etapas Delphi para construção e validação dos critérios de elegibilidade das mulheres no atendimento ao PDP no Brasil. Florianópolis, SC, Brasil, 2017.

ETAPAS	DESCRIÇÃO
1ª Revisão Integrativa	Estabeleceu-se como pergunta de partida: “Quais os critérios de elegibilidade das mulheres para assistência ao parto domiciliar planejado existentes nos guias e/ou protocolos nacional internacionais?”. Com a finalidade de responder a esta questão foi realizada à revisão integrativa, com base na proposta de Whitemore e Knalf (2005), em bases de dados creditadas e busca dos protocolos e guias propriamente dito, completos publicadas no sistema de busca Google.
2ª Formulação dos Critérios de Elegibilidade	Nesta etapa foi realizada a construção da primeira versão do questionário (usado no 1ª rodada) contendo os critérios de elegibilidade das mulheres para assistência ao PDP - baseado na identificação das variáveis (itens) relevantes similares ou não entre os Guias e/ou Protocolos de Parto Domiciliar encontrados na revisão integrativa. Neste primeiro questionário foram incluídos todos os critérios encontrados, sendo os critérios de exclusão convertidos em critérios de elegibilidade, para serem avaliados pelos participantes.
3ª Critérios de seleção dos especialistas	Os critérios estabelecidos para os participantes no grupo de especialistas foram: 1) Experiência profissional, de pelo menos quatro anos, no atendimento ao parto

<p>que integram o grupo de avaliadores e convite para participação da pesquisa.</p>	<p>domiciliar planejado; 2) possuir registro no Conselho de Classe competente e habilitado legalmente para o atendimento ao parto normal, de acordo com sua Lei do Exercício Profissional. E como critério de exclusão: os profissionais que não tenham atendido a no mínimo 10 partos domiciliares. Após a identificação dos especialistas foi enviado um email convite explicando os objetivos e forma de participação na pesquisa.</p>
<p>4ª Envio das rodadas aos especialistas</p>	<p>O instrumento inicialmente elaborado com os critérios de elegibilidade das mulheres no PDP no Brasil foi convertido num questionário eletrônico, através do aplicativo <i>Google Forms</i> (Apêndice 2) e foi enviado aos especialistas identificados que concordaram em participar da pesquisa. O questionário foi composto por duas partes, a primeira abordou a caracterização sociodemográfica dos especialistas; as demais constaram das Variáveis (itens) que devem ser consideradas como critérios de elegibilidade para o atendimento do PDP, separadas em Variáveis – História Obstétrica, Gestação Atual, Local do Parto e Condições de Transferência. Na segunda rodada foram incluídos os mesmos critérios que não obtiveram consenso na primeira rodada. Todas perguntas foram feitas a partir de uma escala tipo <i>Likert</i> com espaço ao final para sugestões e observações.</p>
<p>5ª Análise estatística das respostas ao questionário e elaboração do protocolo.</p>	<p>A 5ª Etapa consistiu neste ajuste do instrumento a partir das respostas com os especialistas conforme grau de consenso. Foi medido através da aplicação do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para verificação do nível de concordância dos juízes em relação à permanência ou não dos itens do instrumento. Após o segundo retorno com os especialistas, foi ajustado o protocolo incluindo novas informações e excluindo as que não foram consideradas relevantes pelos profissionais nestas etapas de aplicação de questionário na técnica Delphi.</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

Para a definição e listagem dos critérios de elegibilidade das mulheres para o PDP foi realizada uma revisão integrativa, com base na propostas por Whitemore e Knalf (2005), adaptada em quatro etapas. A **primeira etapa** consistiu na identificação do problema e elaboração da questão de pesquisa: “Quais os critérios de inclusão das mulheres na assistência ao PDP existentes nos guias e/ou protocolos publicados nacional e internacionalmente?”

Na **segunda etapa**, foram delimitados os critérios de inclusão/exclusão dos estudos e dos protocolos e suas estratégias de busca nas bases de dados. Optou-se primeiramente por fazer uma busca de artigos que abordassem a temática sobre o uso de protocolos em partos domiciliares afim de enriquecer a discussão, com os seguintes critérios de inclusão: artigos originais de pesquisas; disponíveis *online*, publicadas em português, inglês e espanhol, sem limitação de tempo de publicação, cujos objetivos, métodos e principais resultados estivessem claros e completos. Foram excluídas as revisões, cartas, resenhas, editoriais e, também, os estudos duplicados. Ademais, os artigos que não estavam publicados em outros meios de comunicação que não sejam periódicos científicos, ensaios teóricos, reflexões, publicações do tipo: livros, capítulos de livros, boletins informativos, teses, dissertações, monografias e trabalhos de conclusão de curso foram excluídos.

A busca pelos artigos publicados foi realizada através da internet, nas bases de dados *Medical Literature on Line* (PubMed/MEDLINE), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), SCOPUS, Literatura da América Latina e Caribe (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e acrescida da busca na *Web of Science*.

A seleção dos estudos ocorreu a partir da definição da estratégia de busca combinada dos descritores e palavras-chave. Para seleção dos descritores, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e o *Medical Subject Headings* (MeSH). Devido às peculiaridades e às características distintas das bases de dados escolhidas, a busca foi realizada a partir de diferentes estratégias (Quadro 2). A elaboração das estratégias de busca foi feita com o auxílio de um profissional bibliotecário especialista na busca em bases de dados. As estratégias foram combinadas com o operador booleano “AND” e “OR”. Esta busca foi validada externamente pela bibliotecária da UFSC, com experiência na busca em base de dados, especialmente na área da saúde - Maria Gorete Monteguti Savi (gorete.savi@ufsc.br).

Quadro 2 - Estratégias de busca para cada base de dados. Florianópolis, SC, Brasil, 2017.

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA UTILIZADA
PubMed/MEDLINE	(“home childbirth”[MeSH Terms] OR “Home Childbirth”[All Fields] OR “Childbirth at Home”[All Fields] OR “Homebirth”[All Fields] OR “Homebirths”[All Fields] OR “home delivery”[All Fields] OR “home birth”[All Fields] OR “home births”[All Fields] OR “home delivery”[All Fields]) AND (protocol[All Fields] OR “protocols”[All Fields] OR “guideline”[Publication Type] OR “guidelines as topic”[MeSH Terms] OR “guideline”[All Fields] OR “guidelines”[All Fields] OR “manuals as topic”[MeSH Terms] OR “manuals”[All Fields] OR “manual”[All Fields] OR “policy”[MeSH Terms] OR “policy”[All Fields] OR “policies”[All Fields] OR “standards of practice”[All Fields] OR “standard of practice”[All Fields]) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang])
SCOPUS	(TITLE-ABS-KEY(("Home Childbirth" OR "Home Childbirths" OR "Childbirth at Home" OR "Childbirths at Home" OR "Homebirth" OR "Homebirths" OR "home delivery" OR "give birth at home" OR "home birth" OR "home births" OR "home delivery")) AND TITLE-ABS-KEY((protocol OR protocols OR guideline OR guidelines OR manual OR manuals OR policy OR policies OR "standards of practice" OR "standard of practice"))) AND (LIMIT-TO(LANGUAGE,"English") OR LIMIT-TO(LANGUAGE,"Spanish") OR LIMIT-TO(LANGUAGE,"Portuguese"))
CINAHL	(“Home Childbirth” OR “Home Childbirths” OR “Childbirth at Home” OR “Childbirths at Home” OR “Homebirth” OR “Homebirths” OR “home delivery” OR “give birth at home” OR “home birth” OR “home births” OR “home delivery”) AND (protocol OR protocols OR guideline OR guidelines OR manual OR manuals OR policy OR policies OR “standards of practice” OR “standard of practice”)
LILACS e BDEFN	tw⊗(“Home Childbirth” OR “Home Childbirths” OR “Childbirth at Home” OR “Childbirths at Home” OR “Homebirth” OR “Homebirths” OR “home delivery” OR “give birth at home” OR “home birth” OR “home

	births” OR “home delivery” OR “parto 63rotocol63ry” OR “partos domiciliares” OR “parto em casa” OR “partos em casa” OR “parto planejado no domicilio” OR “partos planejados nos domicilios” OR “Parto natural 63rotocol63ry”) AND (protocol OR protocols OR guideline OR guidelines OR manual OR manuals OR policy OR policies OR “standards of practice” OR “standard of practice” OR diretriz* OR guia OR guias OR 63rotocol* OR norma*)) AND (instance:”regional”) AND (db⊕“LILACS” OR “BDENF”) AND la⊕“pt” OR “es” OR “en”)
Web of Science	(“Home Childbirth” OR “Home Childbirths” OR “Childbirth at Home” OR “Childbirths at Home” OR “Homebirth” OR “Homebirths” OR “home delivery” OR “give birth at home” OR “home birth” OR “home births” OR “home delivery”) AND (protocol OR protocols OR guideline OR guidelines OR manual OR manuals OR policy OR policies OR “standards of practice” OR “standard of practice”)

Fonte: Elaborado pela autora.

Ao final, elaborou-se a versão final do protocolo contendo os Critérios de elegibilidade das mulheres para o PDP, com todas as variáveis que obtiveram consenso entre os especialistas.

As variáveis serão apresentadas conforme a descrição e classificação de cada uma delas: Qualitativa Nominal (QLN), Qualitativa Ordinal (QLO), Quantitativa Contínua (QTC) e Quantitativa Discreta (QTD).

Parte 1: Variáveis regionais e sociodemográficas para identificação dos profissionais

Idade do profissional (QTD) – número de anos completos no dia que responder ao questionário.

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

Titulação universitária do profissional (QLN) – qual a formação do profissional que assiste ao parto domiciliar planejado, classificada em: enfermeira obstétrica, obstetrix, médico generalista, médico especializado em saúde da família, médico obstetra, enfermeira Especialista em saúde da mulher ou outro, *Certified Professional*

*Midwife*⁸ (CPM)

Qual o ano da formação na Graduação (para todos profissionais) (QTD) – número do ano que obteve o título da Graduação, classificado em anos.

Qual o ano da formação na Especialidade (para os médicos obstetras e enfermeiras obstétricas) (QTD) – número do ano que obteve a titulação de Especialidade, classificado em anos.

Qual o ano que iniciou a atuação na assistência ao parto domiciliar planejado (QTD) – número do ano que iniciou a atuação ao parto domiciliar planejado, classificado em anos.

Formação(ões) profissional(is) complementar? (QLN) – qual outra formação que julga importante acrescentar para sua atuação no parto domiciliar planejado.

Local(is) de atuação (QLN): Região de atuação do profissional conforme a localidade de atendimento ao parto domiciliar planejado, classificado conforme município (podendo ser mais de um município de atuação).

Atuação (QLN): atua ou não em uma equipe formada para atendimento ao parto domiciliar planejado, classificados como: Equipe/Grupo ou Sozinho.

Nome da equipe em que atua (QLN): nome da equipe que trabalha com assistência ao parto domiciliar planejado.

Parte 2 Variáveis que devem ser considerados como critérios de elegibilidade para o atendimento do PDP

2.1 Variáveis - Gerais

Desejo da mulher (QLN): o desejo da mulher deve existir para que seja

⁸ *Certified Professional Midwife são Parceiras Profissionais Certificadas* treinadas e credenciadas para oferecer cuidados especializados, educação, aconselhamento e apoio às mulheres na gestação, parto e pós-parto.

elegível ao PDP. Classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Gestante classificada como risco obstétrico habitual (QLN): gravidez de risco obstétrico habitual é considerada aquela em que não é possível identificar, após avaliação clínica, nenhum fator acrescido de doença materna, fetal e/ou neonatal; a mulher não deve ter nenhuma complicação médica, obstétrica ou neonatal conhecida ou prevista. O risco é dinâmico e, por isso, pode altera-se ao longo da gravidez e deve reavaliado em todas as consultas ou em qualquer momento durante a gravidez, sempre que se justifique (BRASIL, 2016a), classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Gestação única (QLN): há presença de apenas um feto intra-utero, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Apresentação cefálica (QLN): caracteriza-se pela disposição do feto com a cabeça situada na porção inferior do útero/ no estreito superior da bacia óssea, antes do início do trabalho, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Gestação a termo (QLN): Entendendo-se gestação a termo definida por idade gestacional maior ou igual a 37 semanas e menor que 42 semanas (ou seja 41 semanas e 6 dias de gestação), classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

A mulher e seu(sua) companheiro(a) devem estar de acordo e assinar o Termo de Consentimento Informado (QLN): termo de Consentimento Informado para o Parto Domiciliar Planejado, atendendo a princípios éticos e legais, isento de dúvidas, discorre sobre a autorização para o atendimento profissional após informado por escrito sobre as diretrizes, os procedimentos, as vantagens e riscos do

atendimento ao parto em casa. Deve ser assinado antes de iniciar acompanhamento; classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Entrar em trabalho de parto sem uso de medicações alopáticas (QLN): A mulher deve entrar em trabalho de parto sem o uso de medicações alopáticas. Por exemplo: prostaglandina, oxitocina, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Gestante deve ser multipara com partos vaginais prévios (QLN): A mulher deve estar no mínimo na segunda gestação com partos vaginais prévios, ou seja ela já pariu por via vaginal ao menos uma vez, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

2.2 Variáveis – História Obstétrica

Não deve ter cesareana prévia (QLN): A mulher não deve ter tido uma cesariana na gestação anterior, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Não deve ter história de 3 ou mais cesarianas anteriores (QLN): A mulher não deve ter história de 3 ou mais cesarianas anteriores, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Deve ter mais de um ano entre o último parto até a data provável de parto na gestação atual (QLN): A mulher deve ter mais de 1 ano entre o último parto até a data provável de parto na gestação atual, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Ter menos de 5 nascimentos anteriores, independentemente da via (QLN): A mulher não deve ter tido 5 ou mais nascimentos (partos vaginais e/ou cesarianas) anteriores, independentemente das vias desses nascimentos, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Não deve ter antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar (QLN): A mulher não deve apresentar história de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Não deve ter história obstétrica anterior de hemorragia pós-parto excedendo um (1) litro de sangue ou que necessitou de reposição sanguínea (QLN): A mulher não deve ter história obstétrica anterior de hemorragia pós-parto excedendo um (1) litro de sangue ou que necessitou de reposição sanguínea, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Não deve ter história obstétrica anterior de distocia do ombro (QLN): A mulher não deve ter história obstétrica anterior de distocia do ombro, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Não deve ter história de abortos espontâneos repetidos e/ou dois ou mais abortos espontâneos tardios (QLN): A mulher não deve ter história de abortos espontâneos repetidos e/ou dois (até 20 semanas de gestação, ou mais tarde, se o feto pesar até 500 gramas e tiver menos de 25 cm) (BRASIL, 2011), classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Não deve ter história do parto prematuro do infante, morte inexplicada ou mortalidade neonatal associado a doença materna, recém-nascido infectado com estreptococos (do grupo B, EGB), congênita ou anomalia genética (QLN): A mulher não deve ter história do parto prematuro do infante, morte inexplicada ou

mortalidade neonatal associado a doença materna, recém-nascido infectado com estreptococos (do grupo B, EGB), congênita ou anomalia genética, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Não deve ter Isoimunização em gravidez anterior ou atual (QLN): A mulher com fator Rh - não deve ter Isoimunização em gravidez anterior ou atual, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

2.3. Variáveis – Gravidez Atual

Durante a gravidez atual a implantação e fixação da placenta não deve ser anormal (incluindo placenta prévia) (QLN): Durante a gravidez atual a implantação e fixação da placenta não deve ser anormal (incluindo placenta prévia), classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Idade > 16 anos (QLN): A mulher deve ter idade superior a 16 anos, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Idade materna < 42 anos (QLN): A mulher deve ter idade menor que 42 anos, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Não deve ter gravidez por tecnologia de reprodução assistida (QLN): A mulher não deve ter tido esta gravidez por tecnologia de reprodução assistida. Por exemplo, Inseminação artificial, Fertilização in vitro, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Não deve ter anormalidades pélvicas / uterinas significativas (tumores, malformações, etc.), nem anormalidades congênitas

graves que afetam o parto (QLN): A mulher não deve ter anormalidades pélvicas / uterinas significativas (tumores - ex.miomias; malformações, etc.), nem anormalidades congênitas graves que afetam o parto, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Não deve apresentar doenças como: cardíaca, pulmonar, tuberculose ou asma grave não controlada por medicação, doença renal, hepática, endócrina, distúrbios hematológicos significativos/coagulopatias ou doença neurológica (QLN): A mulher não deve apresentar doenças como: cardíaca, pulmonar, tuberculose ou asma grave não controlada por medicação, hanseníase, doença renal, hepática, endócrina (incluindo hipotireoidismo e hipertireoidismo), distúrbios hematológicos significativos/coagulopatias (inclusive doença falciforme e talassemia), doença neurológica, doença autoimune (como lupus eritematoso sistêmico ou outras colagenoses), classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Não deve ter diabetes mellitus preexistente (QLN): A mulher não deve ter histórico de diabetes preexistentes de nenhum tipo, ou seja em uso de medicação (injetável ou via oral), classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Durante a gravidez atual não deve ter diabetes gestacional mesmo que com glicemia controlada apenas por dieta (QLN): A mulher na gravidez atual não deve ter diabetes gestacional com glicemia mesmo que com glicemia controlada apenas por dieta, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Durante a gravidez atual não deve ter diabetes gestacional com glicemia descontrolada que requer medicação (QLN): A mulher na gravidez atual não deve ter diabetes gestacional com glicemia descontrolada que requer medicação, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado

(2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Durante a gravidez atual não deve ter hipertensão e/ou pré-eclâmpsia (QLN): A mulher na gravidez atual não deve ter hipertensão e / ou pré-eclâmpsia, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Não deve ter evidência laboratorial de proteinúria (QLN): A gestante não deve ter evidência laboratorial de proteinúria, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Não deve ter sangramento vaginal anteparto inexplicado (especialmente após o primeiro trimestre) (QLN): A mulher não deve ter nenhum sangramento vaginal anteparto inexplicado (especialmente após o primeiro trimestre), classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Não deve apresentar anormalidades significativas ao funcionamento social/mental que afetam a gravidez, parto e/ou a capacidade de cuidar com segurança de um recém-nascido (QLN): A mulher não deve apresentar anormalidades significativas ao funcionamento social/mental que afetam a gravidez, parto e/ou a capacidade de cuidar com segurança de um recém-nascido. Por exemplo: depressão profunda dependente de medicação, esquizofrenia, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Não deve ter doença psiquiátrica atual (QLN): A mulher não deve ter doença psiquiátrica na gravidez atual. Por exemplo: Depressão pós-esquizofrênica: com alguns sintomas psicóticos; Paranóide: predominam delírios de perseguição, muitas vezes com vozes ameaçadoras; Transtornos esquizoafetivos; Transtornos psicóticos agudos e transitórios; Transtorno afetivo bipolar, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Não deve ser portadora de doenças infecciosas (QLN): A mulher não deve apresentar nesta gestação doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirus, infecção pelo Zica Vírus, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma), classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Não deve ter antígeno de superfície positivo para hepatite B (QLN): A mulher não deve ter antígeno de superfície positivo para hepatite B (HBsAg +), classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Não deve ter tido infecção urinária de repetição durante a gravidez atual (QLN): A mulher na gestação atual não deve ter tido infecção urinária de repetição, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Não deve ter tido história de Infecção de URINA por EGB na gestação atual (mesmo que tratada). (QLN): A mulher não deve ter tido na gestação atual Infecção de urina por estreptococos do grupo B (EGB) (mesmo que tratada), classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Não deve apresentar desnutrição severa (QLN): A mulher não deve apresentar desnutrição severa entendendo-se por desnutrição severa como um estado patológico causado pela falta de ingestão ou absorção de nutrientes tendo como sintomas além da perda de peso corporal, diarreia frequente; cansaço excessivo; dificuldade de concentração; falta de apetite; diminuição da temperatura corporal; apatia ou irritabilidade; inchaços generalizados, entre outros, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Não deve ter anemia - hemoglobina inferior a 10g/dl observadas no último exame realizado na gestação (QLN): A mulher não deve ter anemia - hemoglobina inferior a 10g/dl no último exame realizado na

gestação, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Índice de massa corporal é <35 kg/m² ou peso materno inferior a 100 kg (QLN): A mulher deve possuir índice de massa corporal MENOR que 35 kg/m² ou peso INFERIOR a 100 kg, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Durante a gravidez atual não deve ter Macrosomia suspeita (QLN): A mulher na gravidez atual não deve ter Macrosomia suspeita (com peso superior a 4 kg a 4,5 kg), classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Durante a gravidez atual não deve ter suspeita de restrição de crescimento intra-uterino ou idade pequena para gestação (QLN): A mulher na gravidez atual não deve ter suspeita de restrição de crescimento intra-uterino ou idade pequena para gestação, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Durante a gravidez atual não deve ter polidramnia ou oligodramnia (QLN): A mulher na gravidez atual não deve ter polidramnia ou oligodramnia, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Durante a gravidez atual não deve ter suspeitas de anormalidades fetais que requerem atenção pediátrica no nascimento (QLN): A mulher na gravidez atual não deve ter suspeitas de anormalidades fetais que requerem atenção pediátrica no nascimento, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Não deve ter dependência de álcool ou drogas (QLN): A mulher não deve ter dependência de álcool ou drogas na gestação atual, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Não deve estar fumando durante a gestação (QLN): A mulher não deve estar fumando durante a gestação atual, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Ter realizado o número recomendado de consultas pré-natais de acordo com a política do serviço de saúde e rastreio (exames) da gravidez completo sugeridos pelo Ministério da Saúde (QLN): A mulher atende o número acordado de consultas pré-natais de acordo com a política do serviço de saúde e rastreio (exames) da gravidez completo sugeridos pelo Ministério da Saúde, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

2.4. Variáveis – Local de Parto

Segurança do local/domicílio de nascimento (QLN): considerando segurança como local onde não há risco eminente de desastres naturais, ausência de violência doméstica e violência da vizinhança, falta de água potável; classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

O local/domicílio deve ter acesso fácil (QLN): O local/domicílio ter ter acesso fácil para chegada e saída de uma ambulância em caso de necessidade, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Local de parto não deve ultrapassar mais de 30 minutos de deslocamento por ambulância para uma maternidade (QLN): em caso de necessidade de transferência materna ou neonatal do domicílio

para a maternidade o tempo de deslocamento de ambulância não deve ultrapassar mais de 30 minutos de distância, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

2.5. Variáveis – Condições para transferência

Ter preparado o plano de transferência, caso for necessário (QLN): em caso de necessidade deve haver um plano de transferência; também chamado de “plano B”, para a maternidade, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Estar de acordo com a necessidade de transferência para antibiótico-terapia no hospital em caso de resultado positivo para o exame de estreptococos (do grupo B, EGB) vaginal após 18 horas de bolsa rota quando houver rastreamento (QLN): A mulher deve estar de acordo com a necessidade de transferência para antibiótico-terapia no hospital em caso de resultado positivo para o exame de estreptococos (do grupo B, EGB) vaginal após 18 horas de bolsa rota quando houver rastreamento, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Estar de acordo com uso de ocitocina no pós-parto quando necessário (QLN): A mulher deve estar de acordo com uso de ocitocina no pós-parto quando necessário (sangramento aumentado), classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Estar de acordo que será transferida caso necessitar de métodos farmacológicos de alívio da dor ou uma epidural durante o trabalho de parto (QLN): A mulher não deve desejar métodos farmacológicos de alívio da dor ou uma epidural durante o trabalho de parto, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Ter alguém para acompanhá-la durante as primeiras 24 horas após o nascimento (QLN): Ter alguém que possa estar em sua casa durante as primeiras 24 horas após o nascimento. Por exemplo: familiares, rede de apoio, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Ter suporte social adequado antes, durante e após o parto (QLN): A mulher deve ter suporte social adequado antes, durante e após o parto, classificado conforme a Escala Likert de respostas: Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5).

Destaca-se que abaixo de cada um dos itens foi incluído um item chamado de **Observações/Sugestões/Opiniões/Referências (QLN):** Descrição pelo profissional de outros fatores, sugestões, observações sobre cada item para serem incluídas ou não como critérios de inclusão das mulheres na assistência ao PDP; ou seja, são convidados a fornecer opiniões sobre o assunto específico, com base no conhecimento e experiência. E ainda outro espaço ao final do questionário: **Registrar abaixo outros critérios de elegibilidade que você acredita que não devem faltar (QLN)** para que possam acrescentar outros critérios que julgam importantes serem incluídos.

No segundo questionário, estas variáveis foram ajustadas e a partir dos resultados encontrados na primeira etapa desta pesquisa, foram incluídas todas as variáveis que não obtiveram consenso, porém excluiu-se as variáveis sociodemográfica.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados foi realizada uma revisão bibliográfica sobre cada variável (critério de elegibilidade), a fim de buscar as evidências científicas mais atuais, para o desenvolvimento da discussão deste estudo.

Dessa forma buscou-se alicerçar os critérios de elegibilidade encontradas internacionalmente e que obtiveram consenso entre os juízes na Prática Baseada em Evidências (PBE) que reúne e sintetiza resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011),

a fim de incluir de forma cautelosa toda a literatura relevante sobre o tema de interesse, e identificar nos critérios as mais atuais evidências científicas da prática assistencial ao parto domiciliar publicados, considerando a experiência do profissional, a realidade local utilizados pelos profissionais habilitados ao parto.

Após cada uma das duas etapas de aplicação de questionário na técnica Delphi, e com a finalidade de estabelecer o nível de concordância aceitável entre os juízes (especialistas) sobre cada critério, foram calculadas através da aplicação do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) a qual mede a proporção ou porcentagem de especialistas que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens (critérios), além de permitir a análise de cada item individualmente e do instrumento como um todo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Para esta análise, foi calculado dividindo-se o número de especialistas que avaliaram cada critério como “recomendado” ou “altamente recomendado” pelo total de especialistas (avaliação por cada critério), resultando na proporção de juízes que julgaram a variável válida (POLIT; BECK, 2006). Para calcular o IVC geral do instrumento foi realizada a soma de todos os IVC calculados separadamente, dividido pelo número de itens (POLIT; BECK, 2006). Considerou-se aceitável o índice mínimo de 0,75 tanto para o cálculo de IVC geral do instrumento, assim como para avaliação de cada critério do instrumento para servir de critério de decisão sobre a pertinência e/ou aceitação das mesmas (PASQUALI, 2010; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obedeceu e a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional da Saúde que dispõem sobre as Normas e Diretrizes regulamentares das pesquisas que envolvem Seres Humanos, respeitando-se os princípios éticos de justiça, respeito à dignidade humana, beneficência e não maleficência (BRASIL, 2013).

Para a realização da pesquisa, o protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Universidade Federal de Santa Catarina – CEP/UFSC por meio da Plataforma Brasil e obteve aprovação no dia 31 de maio de 2017, sob o parecer nº: 2.094.076 e CAAE nº: 66656017.6.0000.0121.

Os participantes do estudo foram informados sobre os objetivos do mesmo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE), sendo que o retorno do mesmo foi por email (escaneados ou fotografados) (Apêndice 1). Foi garantido o sigilo, a liberdade de participação, a desistência a qualquer momento, além de assegurado o anonimato dos participantes envolvidos.

4 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa sob a forma de dois manuscritos científicos, conforme a resolução estabelecida pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (normas da ABNT), em consonância com a Instrução Normativa 01/PEN/2016, que dispõe sobre a apresentação de trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem, sendo que, posteriormente, serão convertidos às normas dos periódicos selecionados para a submissão.

MANUSCRITO 1 – Critérios de elegibilidade das mulheres no parto domiciliar planejado: revisão integrativa da literatura

MANUSCRITO 2 – Construção e validação de critérios de elegibilidade das mulheres para atendimento ao parto domiciliar planejado.

4.1 MANUSCRITO 1 – CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DAS MULHERES NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DAS MULHERES NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA⁹

Letícia Colossi¹⁰

Roberta Costa¹¹

⁹ Este Manuscrito faz parte da Dissertação de Mestrado “Critérios de Elegibilidade das Mulheres no Atendimento ao Parto Domiciliar Planejado”.

¹⁰ Enfermeira obstetra de Parto Domiciliar Planejado. Membro do Grupo de Pesquisa na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR). E-mail: leticia.colossi7@gmail.com.

¹¹ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFSC, pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR) e do Laboratório de Estudos da História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde (GEHCES) do PEN-UFSC. E-mail: roberta.costa@ufsc.br.

RESUMO

Objetivo: descrever os critérios de elegibilidade das mulheres na assistência ao parto domiciliar planejado existentes nos guias e/ou protocolos publicados nacional e internacionalmente. **Método:** Revisão integrativa, realizada no período de março a julho de 2017, de artigos nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, SCOPUS, LILACS, BDNF e Web of Science, sem limite de tempo. E a busca de protocolos e/ou guias direcionado para o atendimento ao parto domiciliar planejado, publicados no sistema de busca Google, entre os anos de 2010 e 2017. **Resultados:** Foram encontrados quatro artigos e captados nove guias/protocolos específicos para parto domiciliar planejado. Dos artigos encontrados dois eram provenientes da América do Norte, um artigo da Suécia e um do Canadá. Dos nove guias/protocolos identificados apenas uma era proveniente do Brasil, sendo os restantes um do Canadá, datado de 2010, um da Irlanda (2016), dois da Austrália (de 2014 e 2015), dois dos Estados Unidos (2014 e 2015) e dois do Reino Unido (2015 e 2017). A partir desta revisão resultaram duas listagens: uma incluindo todos os critérios considerados internacionalmente elegíveis para as mulheres que optam pelo PDP e outra, mais extensa, com os critérios de exclusão delas. Os resultados destas apontaram que entre todos os guias/protocolos encontrados nesta pesquisa, publicados entre 2010 e 2017, são consenso como critério de elegibilidade das mulheres para o parto domiciliar planejado: feto único, feto a termo ($\geq 37s$ e $< 42s$) e apresentação cefálica. **Conclusão:** A partir desta investigação, observou-se que a proposta dos guias/protocolos é proporcionar as mulheres o direito a escolha do local de parir da forma mais segura e organizada possível. A seleção das mulheres para este tipo de atendimento é um processo complexo envolvendo anamnese de qualidade e atenção no pré-natal, manejos intraparto e pós-parto; comunicação contínua entre profissional-gestante; julgamento do profissional; e melhor adequação de perfil de risco. **Descritores:** Parto Domiciliar Planejado. Elegibilidade. Protocolo. Guideline. Revisão integrativa.

INTRODUÇÃO

O Parto Domiciliar Planejado (PDP) é descrito como o parto que acontece em casa, sistematizado e organizado, recomendado para gestantes de risco habitual (entre 37 e 42 semanas gestacionais, sem patologias prévias ou decorrentes da gestação), diferentemente daquele parto que ocorre acidentalmente (KOETTKER, 2010; FEYER, 2013). As consultas e exames de pré-natal e assistência no parto são acompanhados por profissionais de saúde especializados e qualificados (FEYER, 2013).

Os profissionais de saúde que hoje atendem os PDP no Brasil têm aparentemente crescido numericamente, sendo em sua maioria enfermeiras obstétricas e obstetritzas. Este tema vem sendo abordado por diferentes autores que destacam o parto domiciliar em múltiplas abordagens e contextos Tornquist (2003), Souza (2005), Medeiros, Santos e Silva (2008), Carneiro (2009), Rattner (2009), Osava, Tsunechiro e Saito (2010), Viana (2010), Koettker (2010, 2016), Martins, Almeida e Mattos (2012), Lessa (2012), Menezes et al. (2012), Feyer (2012) e Collaço (2013).

O PDP tem sido respaldado pelo princípio de autonomia de escolha ao local de parto pela mulher da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1996) e pelo direito a receber cuidados de qualidade de prestadores qualificados, seguro e com garantia de um centro de referência quando necessário, independentemente da escolha do local de nascimento (BRASIL, 2016; NICE, 2014).

Porém, o PDP no Brasil ainda permanece à margem do sistema de saúde brasileiro (SEIBERT et al., 2014), não há uma regulamentação específica, nem sistema integrado na atenção básica e na atenção hospitalar quando houver esta necessidade, estabelecendo um fluxo de referência e contra referência, pelos profissionais que prestam esta assistência (RATTNER, 2009). Não obstante a maioria dos partos ocorre em ambiente hospitalar no Brasil, que segundo o Ministério da Saúde é de 98% dos partos (BRASIL, 2015), dos 2% restantes inexistem um registro do número de PDP e com profissional qualificado, impedindo a avaliação dos resultados desse atendimento (KOETTKER, 2016). Também não existem indicadores sobre a assistência ao parto no domicílio realizado de forma planejada no Brasil (COLACIOPPO et al., 2010; KOETTKER et al., 2012; KOETTKER; BRUGGEMAN; DUFLOTH, 2013; KOETTKER et al., 2015; KOETTKER, 2016).

Apesar de muitos estudos internacionais documentarem a segurança do PDP (DE JONGE et al., 2009a; BECG, 2011); ainda, poucos identificaram critérios específicos para a seleção da mulher elegível para o parto domiciliar. No entanto, muitos ressaltam a importância da correta seleção das mulheres para o PDP, dos profissionais serem qualificados e bem treinados e com estabelecimento integrado e pré-estabelecido para transferência ao hospital quando necessário, para a obtenção de desfechos positivos deste atendimento (DE JONGE et al., 2009a; MCINTYRE; FRANCIS; CHAPMAN, 2012; KENNARE et al., 2009).

Atualmente, no Brasil, não há um protocolo de atenção ao PDP consolidado como uma diretriz nacional utilizado pelos profissionais que prestam esse serviço. De modo geral, é considerado pelos profissionais, que assistem ao PDP, o critério de inclusão mulheres consideradas de risco obstétrico habitual, idade gestacional entre 37 a 42 semanas, com gestação única, feto em apresentação cefálica (KOETTKER et al., 2012).

A variabilidade da prática está frequentemente presente devido à ausência de diretrizes comuns de prática clínica (*Canadian Association of Emergency Physicians - CAEP*, 2013). Assim, é necessária uma abordagem consistente para a prática do parto domiciliar seguro para apoiar as mulheres que desejam utilizar esse modelo de cuidado.

O uso de protocolos ou diretrizes são considerados primordiais na atenção a saúde, pois são projetadas para informar os profissionais sobre as práticas comuns mais atuais, baseadas nas melhores evidências científicas e que são consideradas consenso entre especialistas em uma determinada disciplina (*Institute of Medicine - IM*, 2001; CAEP, 2013). Além disto, a implementação de diretrizes garante melhores cuidados aos pacientes (*National Institute of Clinical Health Studies - NICHHS*, 2006), particularmente em disciplinas onde a pesquisa está em constante evolução.

Cabe destacar que não foi encontrado nenhuma publicação que apresente uma síntese dos protocolos e diretrizes relativos ao atendimento do PDP.

Diante destes aspectos, a realização dessa revisão integrativa da literatura teve como objetivo descrever os critérios de inclusão das mulheres na assistência ao PDP existentes nos guias e/ou protocolos publicados nacional e internacionalmente.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, realizada no período de março a julho de 2017, com base na propostas por Whittemore e Knalf (2005), adaptada em quatro etapas. A **primeira etapa** foi realizado a identificação do problema e elaboração da questão de pesquisa: “Quais os critérios de inclusão das mulheres na assistência ao PDP existentes nos guias e/ou protocolos publicados nacional e internacionalmente?”

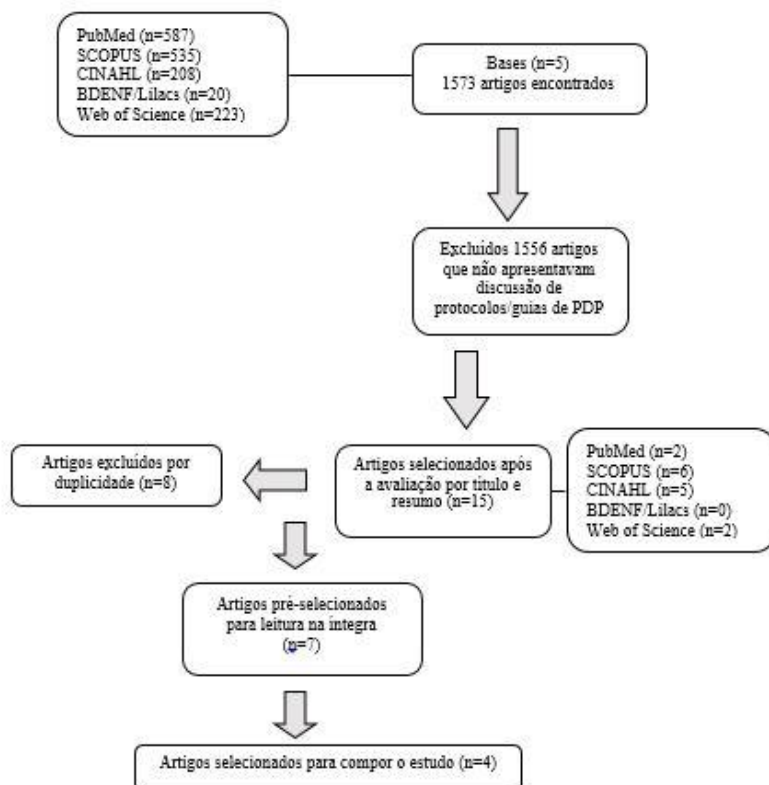
Na **segunda etapa**, foram determinados os critérios de inclusão/exclusão dos estudos e dos protocolos e suas estratégias de busca nas bases de dados. Primeiramente, foi realizado uma busca de artigos que abordassem a temática sobre o uso de protocolos em partos domiciliares, com os seguintes critérios de inclusão: artigos originais de pesquisas; disponíveis *online*, publicadas em português, inglês e espanhol, sem limitação de tempo de publicação, cujos objetivos, métodos e principais resultados estivessem claros e completos. Foram excluídas as revisões, cartas, resenhas, editoriais e, também, os estudos duplicados, artigos que não estavam publicados em outros meios de comunicação que não fossem periódicos científicos, ensaios teóricos, reflexões, publicações do tipo: livros, capítulos de livros, boletins informativos, teses, dissertações, monografias e trabalhos de conclusão de curso.

A busca pelos artigos publicados foi realizada através da internet, nas bases de dados *Medical Literature on Line* (PubMed/MEDLINE), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), SCOPUS, Literatura da América Latina e Caribe (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e acrescida da busca na *Web of Science*.

A seleção dos estudos ocorreu a partir da definição da estratégia de busca combinada dos descritores e palavras-chave em português, inglês e espanhol. Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e o *Medical Subject Headings* (MeSH): “*Home Childbirth*” OR “*Home Childbirths*” OR “*Childbirth at Home*” OR “*Childbirths at Home*” OR “*Homebirth*” OR “*Homebirths*” OR “*home delivery*” OR “*give birth at home*” OR “*home birth*” OR “*home births*” OR “*home delivery*”) AND (protocol OR protocols OR guideline OR guidelines OR manual OR policy OR policies AND “*home birth midwives*”, “*home birth guidelines*”, “*home birth standards of practice*”, “*midwifery guidelines*”, e “*midwifery standards of practice*”).

Foram localizadas 1573 referências sendo avaliadas e selecionadas após a leitura do título e resumo/*abstract* disponíveis, pela pesquisadora principal, resultando em apenas 15 referências. Após a seleção, obedecendo todos os critérios de inclusão/exclusão apresentados, foram excluídas as duplicadas, se compôs uma amostra de quatro artigos (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma do número de artigos encontrados e selecionados de acordo com cada base de dados. Florianópolis/SC, 2017.



Fonte: elaborada pelas autoras (2017)

Dos quatro artigos identificados dois são provenientes dos Estados Unidos, um artigo da Suécia e um do Canadá.

Quadro 3 - Artigos que abordam a temática sobre o uso de protocolos em partos domiciliares planejado, realizada no período de março a julho de 2017, Florianópolis/SC.

AUTORES/ANO/LOCAL	TITULO
Lindgren et al./ 2014 / Suécia	“Praxis and guidlenes for planned homebirths in the Nordic countries – An overview”
Cook, Avery e Frisvold/ 2014 / Estados Unidos	“Formulating Evidence-Based Guidelines for Certified Nurse-Midwives and Certified Midwives Attending Home Births”
Janssen et al./ 2003 / Canadá	“An Evaluation of Process and Protocols for Planned Home Birth Attended by Regulated Midwives in British Columbia“
Vedam; Kolodji/ 1995 / Estados Unidos	“Guidelines for Client Selection in the Home Birth Midwifery practice”

Fonte: elaborada pelas autoras (2017)

A partir das publicações identificados nesta etapa, foi realizado a busca dos protocolos/guias na íntegra. Considerando que os protocolos e/ou guias não são encontrados nas bases de dados foi utilizada a busca deles no sistema de busca Google. Os critérios de inclusão dos guias e/ou protocolos utilizados foram: 1º) a adequação ao tema da pesquisa; ou seja, o protocolo deve estar direcionado para o atendimento ao PDP. 2º) guia e/ou protocolo pertencentes a países que têm ou não estruturado e/ou reconhecidos no seu Sistema de Saúde podendo ser no setor público ou privado (publicações governamentais, Associações, Colegiados e/ou Organizações não governamentais que atuam diretamente com Parto Domiciliar). 3º) datas de publicação compreendida entre os anos de 2010 e 2017, com o objetivo de incluir os guias e/ou protocolos mais atualizados; 4º) escritos em Inglês, Espanhol ou Português. Sendo selecionada até dois protocolos de cada país e considerando as últimas versões publicadas.

Foram encontrados 13 protocolos e/ou guias internacionais, porém, foram excluídos os *Guidelines* da Nova Zelândia, de Ontário (Canadá) e África do Sul, pois esses não especificam as diretrizes voltadas diretamente para o PDP, restando um total de 9

protocolos/guias selecionados. Destes, sendo 3 da Austrália, 2 dos EUA, 2 do Reino Unido, 1 guia do Canadá e 1 da Irlanda.

Foi encontrado uma única diretriz estadual publicado pela Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica e Neonatal do estado de Santa Catarina (ABENFO-SC) sobre PDP em formato de uma Nota Técnica, pois contemplou os critérios de inclusão deste estudo (Quadro 4).

Quadro 4 - Protocolos e/ou guias publicados entre 2010 – 2017. Florianópolis/SC.

PROTOCOLOS OU GUIAS	ORIGEM
PROTOCOLO Nº 1 <i>Clinical Guideline for: Planned Home Birth (2015) (UK)</i>	Reino Unido
PROTOCOLO Nº 2 <i>Homebirth Team Standard Operating Protocol (2017)</i>	Reino Unido
PROTOCOLO Nº 3 <i>Clinical Guideline South Australian Perinatal Practice Guidelines – Planned Birth at Home in South Australia (SA) (2013) (SA)</i>	Austrália (Sul da Austrália)
PROTOCOLO Nº 4 <i>Implementing a public home birth program Guidance for Victorian public health services (2015) (Vitória-AUS)</i>	Austrália (Estado de Vitória)
PROTOCOLO Nº 5 <i>Practice Guideline for California licensed midwives (2014) (CA)</i>	EUA (Califórnia)
PROTOCOLOS Nº 6 <i>Planned Home Birth in New York State New York State Association of Licensed Midwives Guidelines for Best Practice (2015) (NY)</i>	EUA (Nova York)
PROTOCOLO Nº 7 <i>Home Birth Handbook for Midwifery Clients (2010) (BC)</i>	Canadá – British Columbia
PROTOCOLO Nº 8	Irlanda

<i>Policy to Support Self-Employed Community Midwives to Assess the Eligibility and Suitability of Women for Inclusion/Exclusion for Planned Home Birth with the Health Service Executive (HSE) (2016) (Irlanda)</i>	
PROTOCOLO Nº 9 Diretrizes para o atendimento do parto domiciliar planejado em Santa Catarina (2017) (Abenfo-SC)	Brasil – Santa Catarina

Fonte: Elaborado pela autora

Na fase de análise dos dados, a **terceira etapa**, os dados provenientes das fontes primárias foram submetidos aos processos de extração, visualização e comparação de dados, seguido da conclusão e verificação (WHITTEMORE; KNALF, 2005). Inicialmente, foram identificados os protocolos/guias que foram citados nos artigos captados na primeira etapa da busca, buscando informações sobre local, ano de publicação, quem produziu e como, além dos critérios para inclusão e/ou exclusão das mulheres para o PDP neles contidos. Este levantamento também foi realizado com os protocolos/guias captados na segunda fase da coleta.

A **quarta etapa** consistiu na descrição dos resultados, a partir dos quadros elaborados na etapa anterior, com intuito de fornecer informações que apoiem as conclusões apresentadas, suas implicações para a prática e a necessidade de ênfase nos indicadores da assistência para futuras pesquisas.

RESULTADOS

Na busca realizada nas bases de dados, foram selecionados e analisados quatro estudos que abordavam especificamente a temática sobre protocolos/guias para o PDP, sendo dois provenientes da América do Norte, um artigo produzido da Suécia e um do Canadá.

Lindgren e colaboradores (2014) investigaram a situação atual em relação a diretrizes e praxis para PDP e compararam este serviço nos países Escandinavos (Dinamarca, Islândia, Noruega, Finlândia e Suécia). Os critérios de elegibilidades encontrados neste artigo demonstram a divergência desses quatro países.

Na Noruega, segundo o que as autoras descrevem, foi publicado em 1996 o Guia para atendimento ao PDP a qual estabeleceu como

critérios de Elegibilidade das mulheres para o PDP, desde então: gestação de risco habitual; desejo da mulher, porém ela deve ser informada sobre os riscos associados com PDP; e para as primíparas o local de parto deve ser localizado há menos de 1 hora de um hospital caso haja necessidade de transferência. Contudo o PDP não é organizado pelo sistema de saúde e a gestante não tem respaldo legal por esta escolha. Há financiamento para pagar o serviço das *midwives*, porém não são pagas pelo deslocamento e plantão (LINDGREN et al., 2014).

Na Suécia não há *Guidelines* nacional para a assistência ao PDP, nem suporte do sistema nacional de saúde. O custeio do PDP é privado, contudo há ajuda de custo dos Conselho Local de Estocolmo, porém sobre as condições de ser: mulheres múltíparas com partos normais prévios; local do parto não mais que 35 minutos do hospital; 2 *midwives* disponíveis 24 horas e consulta pediátrica até 72 horas após o nascimento. E ainda, ter realizado consulta com o obstetra médico a fim de a mulher estar ciente das complicações que não podem ser lidadas em ambiente não hospitalar (LINDGREN et al., 2014).

Já na Dinamarca, existe um Guia para a assistência ao PDP que estabelece que a mulher tem o direito de escolher ter um PDP desde que: Gestação de risco habitual. E ressalta que mesmo que a mulher decidir ter o PDP a *midwife* não poderá negar atendimento quando a gestante estiver em trabalho de parto e se recusar a ser transferida para um hospital. Isso se aplica também ao pós-parto. A *midwife* deve permanecer no domicílio desde o início do trabalho de parto até 2-3h pós-parto, além disso deve ocorrer uma visita dentro das 24h, pela *midwife* para verificar o estado de saúde do RN e da mãe (LINDGREN et al., 2014).

E por ultimo, as autoras descrevem a Islândia, que também possui Guias Nacionais para a escolha do local do parto, cujos critérios de elegibilidade são: mulher pode escolher o PDP após um Consentimento Informado; gestação de risco habitual; feto único; posição cefálica; entrar em trabalho de parto espontâneo; deve ocorrer na presença de um médico ou *midwife* com experiência e habilidade para este tipo de atendimento (LINDGREN et al., 2014).

Cook, Avery e Frisvold (2014) exploraram a ideia de fomentar uma abordagem comum para a prática segura de PDP através do desenvolvimento de diretrizes nacionais para *midwives* que prestam este serviço. A autora principal desenvolveu um conjunto de diretrizes para

possível uso pelas *midwives* certificadas nos Estados Unidos que assistem partos domiciliares; com base nos protocolos internacionais.

Foi dada atenção a países com sistemas de maternidade comparáveis aos dos Estados Unidos, mas onde as taxas de natalidade são maiores. Cinco países com diretrizes provinciais ou nacionalmente proferidas de PDP cumpriram estes critérios: Austrália, Canadá, Holanda, Nova Zelândia e Reino Unido (COOK; AVERY; FRISVOLD, 2014).

Os seguintes critérios para o PDP surgiram: determinação de gravidez de risco habitual; Consentimento Informado; transferência hospitalar se ocorrerem complicações; gestação única; feto na apresentação cefálica; sem antecedentes de cesariana prévia e gravidez a termo (COOK; AVERY; FRISVOLD, 2014).

Janssen e colaboradores (2003) descrevem o projeto intitulado de *Home Birth Demonstration Project*, sob a governança do Secretaria da Saúde da Columbia Britânica no Canadá. Este foi implementado para facilitar a introdução do PDP no Sistema de Saúde local e para realizar uma avaliação abrangente da segurança e a viabilidade do PDP durante os primeiros dois anos de implementação com prestadores de cuidados de saúde associados estabelecidos pelo *College of Midwives of British Columbia (CMBC)*.

Os critérios de elegibilidade para PDP estabelecidas pelo CMBC foram: a cliente escolheu o nascimento em casa com base em uma decisão informada; feto único; apresentação cefálica; gestação entre 37 semanas completas e 42 concluídas; ausência de condições médicas preexistentes (por exemplo, cardíaca ou renal, diabetes insulino-dependente); ausência de pré-eclâmpsia proteinúrica ou eclâmpsia; ausência de desprendimento placentário sintomático; ausência de placenta prévia no início do trabalho; ausência de mecônio espesso; ausência de herpes genital ativo; ausência de quaisquer outras condições decorrentes do trabalho que se encontram requisitos para transferência de cuidados para um médico (JANSSEN et al., 2003).

O artigo de Vedam e Kolodji (1995) discutiu os fatores específicos que podem afetar o resultado de um parto domiciliar, sendo eles: os psicossociais, médicos e logísticos. O objetivo da avaliação de risco para o parto domiciliar é selecionar a cliente que está de acordo com todos os conhecimentos e padrões médicos e obstétricos, sendo considerada uma mulher de risco habitual com excelente prognóstico para a gravidez normal, saudável, o parto normal e um próspero pós-parto.

Os critérios de elegibilidade das mulheres para o PDP destacados pelas autoras são: características físicas e psicológicas saudáveis; bom estado nutricional; suporte social adequado antes, durante e após o parto; participantes maduros e capazes de aceitar responsabilidades pelos resultados do nascimento; compromisso com a manutenção de um ambiente emocional positivo para a mãe ao longo do processo; educação para o parto, parto em casa e amamentação; comprometimento ao aleitamento materno; preparação dos acompanhantes para o parto; registros completos das gestações e parto anteriores; cuidados pediátricos organizados antes de 36 semanas; organização do transporte em caso da ocorrência de uma emergência; ambiente do nascimento limpo e organizado; entendimento de que não haverá nenhuma intervenção a não ser que seja necessário; entendimento de que não haverá suporte medicamentoso para alívio da dor em ambiente domiciliar; estar de acordo com uso de ocitocina no pós-parto quando necessário; estar de acordo em transferir mãe e/ou recém-nascido ao hospital quando necessário a qualquer momento durante o trabalho de parto, parto ou pós-parto; disponibilidade 24 horas por dia por ao menos 7 dias após o parto (VEDAM; KOLODJI, 1995).

Em relação aos protocolos, foram encontrados e selecionados sete internacionais que tratam especificamente do atendimento ao PDP. E para cada um deles foram utilizadas siglas para identificação dos mesmos por países/locais de origem. Dentre eles o *Clinical Guideline for: Planned Home Birth* e o *Homebirth Team Standard Operating Protocol*, ambos do Reino Unido (NHS, 2015; 2017 – PROTOCOLOS 1 e 2). O *Clinical Guideline South Australian Perinatal Practice Guidelines – Planned Birth at Home in South Australia* (SA Health, 2013 – PROTOCOLO 3) e o *Implementing a public home birth program Guidance for Victorian public health services* (DHHS, 2015 – PROTOCOLO 4); o *Practice Guideline for California licensed midwives* (MBC, 2014 – PROTOCOLO 5); o *Planned Home Birth in New York State New York State Association of Licensed Midwives Guidelines for Best Practice* (NYSALM, 2015 – PROTOCOLO 6); o *Home Birth Handbook for Midwifery Clients* do British Columbia no Canadá (CMBC, 2010 – PROTOCOLO 7) e *Policy to Support Self-Employed Community Midwives (SECM) to Assess the Eligibility and Suitability of Women for Inclusion/Exclusion for Planned Home Birth with the Health Service Executive (HSE)* (HSE, 2016 – PROTOCOLO 8).

A partir desses protocolos elaboramos um quadro para possibilitar a visualização dos critérios de elegibilidade das mulheres para o PDP encontrados (Quadro 5).

Quadro 5 - Critérios de Elegibilidade das mulheres para o PDP – Protocolos Internacionais, 2017.

Critérios de Elegibilidade das mulheres – Protocolos Internacionais							
CRITÉRIO	PROT 1 e 2	PROT 3	PROT 4	PROT 5	PROT 6	PROT 7	PROT 8
Feto único	X	X	X				
Feto a termo (>ou=37s e <42sem)							X
Apresentação Cefálica	X	X					
Assinar Termo de Consentimento		X	X				
Não ter cesárea anterior		X	X				
Rotura membrana <24h	X						
Trabalho de parto espontâneo	X						
Sem história de complicações obstétricas ou médicas em gestações anteriores			X				
Sem complicações médicas, obstétricas ou neonatais	X	X	X	X			
Condições mentais saudáveis			X				
Ter menos de 5 nascimentos anteriores			X				
Índice de massa corporal <35kg/m ²			X				
Não ter uso de método farmacológico para alívio de dor como plano de parto		X					
Segurança do local de parto		X	X				
Local do parto máximo 30 min do hospital de referência		X	X				
Ter prontidão de ser transferida caso necessário		X					
Ter alguém que possa ficar na casa durante primeiras 24h		X					

Fonte: Elaborado pela autora

Os critérios de exclusão, ao invés de elegibilidade, das mulheres para o PDP são mais fortemente destacados e focados nos guias/protocolos internacionais. Entretanto, observamos que estes critérios que excluem a possibilidade de as mulheres optarem pelo PDP, na verdade são afirmações opostas aos critérios de inclusão, ou seja, de certa forma, eles convergem em relação a avaliação e eleição das candidatas nos protocolos/guias. Da mesma forma foi elaborado um quadro com os critérios de exclusão das mulheres para o PDP existentes nos protocolos internacionais (Quadro 6).

Quadro 6 - Critérios de Exclusão das mulheres para o PDP – Protocolos Internacionais, 2017.

CRITÉRIOS DE possível* EXCLUSÃO PARA PDP – Protocolos Internacionais							
CRITÉRIO	PROT 1 e 2	PROT 3	PROT 4	PROT 5	PROT 6	PROT 7	PROT 8
GESTAÇÃO ATUAL							
Gemelares		X		X		X	X
Trabalho de parto pré-termo <37 semanas				X	X	X	X
Gravidez pós-termo sem trabalho de parto > 42/0 semanas							
Mal apresentação – pélvico ou transverso		X		X	X	X	X
Nulípara			X				
Idade materna inferior a 14 anos						X	
Idade materna maior que 42 anos							X
Plano de indução de parto por fármacos		X		X	X		
Gravidez pela tecnologia de reprodução assistida			X				
Menos de 12 meses entre o último parto até a data provável de parto			X			X	X
Ruptura prolongada de membranas superiores a 18 horas após 37 semanas completas de gestação sem trabalho de parto, independentemente do resultado do Streptococcus do Grupo B		X			X		
Ruptura prolongada de membranas superiores a 18 horas após 37 semanas completas de gestação sem trabalho de parto, com colonização materna confirmada com estreptococo do grupo B							X
Estreptococos do Grupo B positivo			X				
Índice de massa corporal > 35 kg / m ² ou peso materno superior a 100 kg		X					X
Obesidade mórbida		X			X		
Anemia - hemoglobina inferior a 10g/dl					X	X	X
Anemia que não responde ao tratamento							
Implantação e fixação da placenta anormal (incluindo placenta prévia)		X			X	X	X
Anormalidade fetal Suspeitas de anormalidades fetais que requerem atenção pediátrica no nascimento		X		X	X		X
Anormalidades pélvicas				X	X	X	X
Hipertensão e/ou pré-eclâmpsia		X		X	X	X	X
Hemorragia pré-parto recorrente		X				X	X
Suspeita clínica ou ultrassonográfica de macrosomia							X
Diagnóstico de ultrassom de oligo / polidramnios		X			X	X	X
Início da diabetes gestacional					X		X
Diabetes gestacional não controlado por dieta / exercício							
Dependência de álcool ou drogas e cigarros		X		X	X	X	
Falta de rastreio da gravidez (ex. ultrassons, Estreptococos do Grupo B)			X		X	X	
Mãe não atende o número acordado de consultas pré-natais de acordo com a política do serviço de saúde			X		X	X	
Mais de 30 minutos de viagem em ambulância do hospital de referência							X
Instalações inadequadas em casa, terreno e localização em conformidade com o serviço de ambulância							X

CRITÉRIOS DE possível* EXCLUSÃO PARA PDP – Protocolos Internacionais							
CRITÉRIO	PROT 1 e 2	PROT 3	PROT 4	PROT 5	PROT 6	PROT 7	PROT 8
ANTECEDENTES CLÍNICOS							
Doença psiquiátrica				X		X	X
Doenças Hematológicas, Hepáticas, Renais, Cardíacas, Respiratórias, Endócrinas, Circulatória				X	X	X	X
Portadora de infecções como, HIV, Tuberculose, herpes ativo, etc.				X	X	X	X
Diabetes mellitus insulino-dependente				X		X	
Câncer							X
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS							
Cesariana		X		X	X	X	X
Para 5 ou mais gestações				X	X	X	X
Ocorrência de complicações obstétricas significativas durante a gravidez				X		X	
Grande cirurgia ginecológica				X		X	X
História familiar de distúrbios genéticos, doenças hereditárias ou congênitas significativas anomalias					X	X	
História de abortos espontâneos repetidos e/ou dois, três ou mais abortos espontâneos tardios				X	X	X	
Isoimunização				X	X	X	
História do parto prematuro do infante, morte inexplicada ou mortalidade neonatal associado a doença materna, recém-nascido infectado com estreptocócico do Grupo B, congênita ou anomalia genética		X		X	X	X	X
Bebê que requer cuidados intensivos, por uma razão inexplicável		X					
Hemorragia pós-parto primária que requer tratamento farmacológico adicional ou transfusão de sangue				X	X	X	X
Hemorragia pós-parto excede um (1) litro		X					
Distocia do ombro		X			X		X
Trauma perineal vaginal, cervical ou de terceiro ou quarto grau extensivo		X					X
Retenção de placenta que requer remoção manual					X		X
História do bebê anterior com mais de 4,5 kg						X	X

Fonte: Elaborado pela autora

No Brasil, foi encontrado uma única diretriz estadual, publicada em formato de Nota Técnica pela ABENFO-SC e aprovada pelo Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (COREN-SC), escrita pela primeira “Comissão de Parto Domiciliar Planejado”, aponta como critérios de elegibilidade das mulheres para PDP: Gestante classificada como tendo pré-natal de risco obstétrico habitual; Gestação única; Apresentação cefálica; Idade gestacional maior ou igual a 37 semanas e menor que 42 semanas; Casal estar de acordo segundo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

DISCUSSÃO

Os guias/protocolos não se contradizem, e trazem critérios que se complementam. E observa-se que internacionalmente ocorre um sistema colaborativo de classificação de risco das mulheres nos guias da Inglaterra, Irlanda e Canadá, onde a partir da definição contínua de risco das mulheres para o PDP possam ocorrer consultorias, encaminhamentos para reavaliação do risco e transferência de cuidados entre os profissionais (*midwives* e médicos especialistas). Assim, cada profissional compreende melhor o seu papel e seu potencial no processo de cuidado.

Os resultados apontam que é consenso como critério de elegibilidade das mulheres para o PDP: Feto único, Feto a termo ($>ou=37s$ e $<42s$) e Apresentação cefálica. Estes devido as evidencias que revelam que as gestações gemelares estão associadas ao aumento da mortalidade perinatal, principalmente relacionados à prematuridade e, que as complicações durante o parto podem contribuir para a perda perinatal ou morbidade (HOFMEYR et al., 2014). Em comparação com a gestação única, há riscos aumentados para a mãe nos períodos anteparto, intraparto e pós-parto. Certas complicações da gravidez são mais propensas a ocorrer durante uma gestação gemelar, incluindo pré-eclâmpsia e outros distúrbios hipertensivos, hospitalização pré-parto para parto prematuro ou sangramento anormal, deficiências nutricionais, cesariana e hemorragia pós-parto (HACK et al., 2008; YOUNG; WYLIE, 2012).

A idade gestacional de alto risco fetal específico atinge um ponto mais baixo em 37-38 semanas e depois começa a aumentar lentamente. Depois de 41 semanas, os riscos aumentam substancialmente; no entanto, o risco absoluto ainda é baixo: 1 a 2 mortes por 1.000 gravidezes em curso, entre 41 e 43 semanas (CUERVO, 2006; GUITIERREZ et al., 2008; CAUGHEY et al., 2009).

Segundo a *World Health Organization* (WHO) gestação pós-termo é a gestação com duração igual ou superior a 42 semanas completas ou com mais de 294 dias, contados a partir do primeiro dia do último período menstrual e ocorre em torno de 10% das gestações, aproximadamente e ocasiona alta incidência de intercorrências obstétricas, levando a complicações maternas e fetais (WHO, 2006; Associação of Ontário Midwives - AOM, 2007; DELANEY et al., 2008). Está associada, principalmente a insuficiência placentária, limitando fornecimento de nutrientes e oxigênio fetal, podendo haver

aumento de morbidade e mortalidade perinatal, com maior frequência de morte perinatal, anormalidades da frequência cardíaca fetal intraparto, eliminação de mecônio, macrosomia fetal e cesariana (GÜLMEZOGLU et al., 2013; WENNERHOLM et al., 2009). Contudo, um estudo de meta-análise mostrou que o atendimento ideal da gravidez com mais de 41 semanas ainda requer mais estudos, alguns mostrando vantagens na indução do trabalho de parto e outros não (MATTHES, 2010).

A prematuridade (pré termo <37 semanas) está associada principalmente aos riscos aumentados de morbidade para o bebê, pois está associado à morbidade e mortalidade significativas no início da vida com implicações significativas ao longo da vida para aqueles nascidos antes do termo (BEHRMAN; BUTLER, 2007; SAIGAL; DOYLE, 2008).

Desde 2000, pesquisas sobre partos pélvicos, através do *Term Breech Trial* (HANNAH et al., 2000), registram aumento da mortalidade e/ou morbidade neonatal nos partos pélvicos vaginais versus cesáreas fazendo com que houvesse uma grande queda nos partos pélvicos vaginais e consequente aumento das cesarianas eletivas (RIETBERG; ELFERINK-STINKENS; VISSER, 2005; HARTNACK et al., 2011; VLEMMIX et al., 2014). Entretanto, os estudos centraram-se nas consequências que o parto por via cesárea ou por via vaginal geram para o neonato e sua mãe, com foco mínimo na forma de melhorar assistência ao parto pélvico vaginal (HÅHEIM et al., 2004; GLEZERMAN, 2006; GOFFINET et al., 2006; DAVISS; JOHNSON; LALONDE; 2010).

Após alguns anos das publicações do *Term Breech Trial* (HANNAH et al., 2000), estudos revelaram que não houve diferença nas taxas de mortalidade perinatal nem nas taxas de morbidade neonatal entre o parto pélvico vaginal planejado e os grupos da cesariana eletiva (WHYTE et al., 2004; GOFFINET et al., 2006) aumentando assim, a preocupação sobre a morbidade e mortalidade materna por cesariana planejada devido a apresentação pélvica (DENEUX-THARAUX et al., 2006).

Em estudo recente, que comparou o parto pélvico em posição de quatro apoios ao invés da posição de litotomia em relação a cesariana, foi evidenciado que mais de 60% dos pélvico, de mulher a termo, testada para parto vaginal evitou a cesariana e fórceps, com a morbidade do recém-nascido baixa, tempo menor de trabalho de parto e não houve diferença significativa entre cesariana e o parto vaginal,

independentemente da posição de parto. No entanto, o parto pélvico vaginal na posição em quatro apoios foi associado a segundo estágio do parto mais curtos, menor a taxa de cesárea durante o trabalho de parto, manobras reduzidas e menores lesões neonatais, além de menos lacerações perineais graves do que a posição dorsal, sugerindo vantagens potenciais da posição de quatro apoios materna sobre a posição dorsal para parto vaginal (LOUWEN et al., 2016).

A situação transversa (apresentação córmica) também foi incluída como uma contra-indicação para PDP (Irlanda, SA), sendo esta, quando persistente durante o trabalho de parto mesmo após tentativa de versão, considerada uma contra-indicação para o parto vaginal em qualquer outro ambiente, inclusive no hospital, indicação real de cesariana (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010).

Em seis, dos nove guias/protocolos entende-se como critérios de elegibilidade “não ter cesariana anterior” (CMBC, 2010; SA Health, 2013; MBC, 2014; NYSALM, 2015; DHHS, 2015; HSE, 2016).

Diversas pesquisas foram realizadas comparando os riscos e benefícios do parto vaginal após cesariana (*Vaginal Birth After Cesarean* - VBAC) em comparação com o Cesariana Eletiva de Repetição. No entanto, uma parcela significativa da pesquisa da VBAC é superada por uma falta de metodologia rigorosa, comparabilidade limitada entre os grupos avaliáveis e definições imprecisas e não padronizadas de resultados importantes (DODD et al., 2007; BANGDIWALA et al., 2010).

O estudo de Guise e colaboradores (2010) revela apoio ao VBAC como uma escolha segura para a maioria das mulheres com um incisão uterina em seguimento baixo ventre anterior, e as taxas globais de complicações maternas e perinatais são consideradas baixas para VBAC e cesarianas eletivas de repetição (GUISE et al., 2010).

No entanto, vale ressaltar que segundo a Associação de *Midwives* de Ontário, do Canadá, após estudo criterioso sobre as evidências relacionadas a VBAC lista as contra-indicações para as mulheres planejando VBAC: Cicatriz uterina clássica prévia ou em formato de “T” invertido; histerectomia prévia ou miomectomia entrando na cavidade uterina; ruptura uterina prévia; presença de contra-indicação para o trabalho de parto como, placenta prévia ou posição fetal transversa, e claro, desejo da mulher por uma cesariana (AOM, 2011).

Em cinco dos guias/protocolos (CMBC, 2010; MBC, 2014; NYSALM, 2015; DHHS, 2015; HSE, 2016) também incluem “múltiplas gestações”, podendo ser equivalente ao critério “não ter historia de 5 ou

mais gestações” como sendo elegível ao PDP. Tanto estudos antigos quanto os mais recentes demonstram que a grande multiparidade continua a ser um risco na gravidez e está associada a uma maior prevalência de doenças maternas e complicações neonatais (maior risco a hipertensão, anemia, diabetes gestacional, placenta prévia, mal apresentação, macrossomia, parto prematuro e hemorragia pós-parto, presença de líquido meconial, trauma de nascimento, distócia do ombro, e baixo escore de Apgar). E sugerem que este grupo de maior paridade deve ser observado de perto para complicações de gravidez (JUNTUNEN; KIRKINEN; KAUPPILA, 1997; YASMEEN et al., 2005; MGAYA et al., 2013).

Também, em cinco deles (SA Health, 2013; MBC, 2014; NYSALM, 2015; DHHS, 2015; HSE, 2016), apontam como elegível “índice de massa corporal $<35\text{kg/m}^2$. Segundo declaração da faculdade *Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists* (RANZCOG): a obesidade na gravidez é agora um dos desafios mais importantes nos cuidados obstétricos. Aproximadamente 50 por cento das mulheres que ficam grávidas estão com excesso de peso (IMC $> 25-30$) ou obesas (IMC > 30) (RANZCOG, 2013). A incidência dos seguintes resultados é aumentada para as mulheres obesas durante a gravidez: Diminuição da glicemia em jejum e tolerância à glicose alterada; e diabetes gestacional, aborto espontâneo, feto morto, pré-eclâmpsia, tromboembolismo, Morte materna, anormalidades no crescimento e desenvolvimento fetal, Indução de trabalho de parto, trabalho prolongado e falha no progresso, taxa de parto instrumental, cesariana e hemorragia pós-parto, distocia do ombro, dificuldades com o monitoramento da frequência cardíaca fetal (NICE, 2010; SALIHU, 2011; ACOG, 2013; CRANE et al., 2013; RANZCOG, 2013; GAUDET et al., 2014).

Os aumentos modestos no IMC materno foram associados ao aumento do risco de morte fetal, morte fetal e morte neonatal, perinatal e infantil. As diretrizes de controle de peso para mulheres que planejam gravidezes devem levar essas descobertas em consideração para reduzir o fardo da morte fetal, morte neonatal, perinatal e morte infantil (AUNE et al., 2014).

São elegíveis as mulheres “Sem complicações médicas, obstétricas ou neonatais atuais”, encontrados em quatro guias/protocolos (SA Health, 2013; MBC, 2014; DHHS, 2015; NHS, 2015; 2017) e “Sem história de complicações obstétricas ou médicas em gestações anteriores”, encontrados em três (MBC, 2014; DHHS, 2015; NHS,

2015; 2017). Sendo que destes se desdobram mais de 40 itens (morbidades que afetam ou afetaram a saúde materno e/ou fetal) que podem se equivaler a estes dois últimos critérios destacados aqui e que tornam a gestação classificada como alto risco e não mais risco habitual.

Há alguns históricos de complicações obstétricas ou neonatais que podem também afetar a gestação, parto ou pós-parto imediato atual como por exemplo, uma mulher que teve uma hemorragia no pós-parto anterior e que excedeu um litro (SA Health, 2013) ou requereu tratamento farmacológico ou transfusão de sangue (CMBC, 2010; MBC, 2014; NYSALM, 2015; HSE, 2016) tem maior probabilidade deste fato ocorrer novamente em comparação as mulheres que não têm esse histórico.

A hemorragia pós-parto (HPP) é tipicamente definida como sangramento do trato genital de 500 ml ou mais nas primeiras 24 horas após o parto do bebê (ANDERSON; ETCHESS, 2007). A HPP é uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna, representando cerca de um terço de todas as mortes relacionadas à gravidez em África e na Ásia (KHAN, 2006).

Os fatores de risco para HPP podem incluir: hemorragia pós-parto anterior, gravidezes múltiplas, macrossomia, indução de parto, partos vaginais operatórios e cesariana e outros (COMBS; MURPHY; LAROS, 1991; WATERSTONE; BEWLEY; WOLFE, 2001; STONES; PATERSON; SAUNDERS, 2002; MAGANN et al., 2005; SHEINER et al., 2005; AL-ZIRQI et al., 2008).

Assim como, evidentemente, as complicações que surgem durante a gravidez, como: desenvolvimento de pré-eclâmpsia, hipertensão, doenças hepáticas, cardíacas, renais, entre outras; devem ser avaliadas durante toda gestação para promover a mais adequada classificação do risco obstétrico ou neonatal, tornando possível o mais adequado manejo da situação e evitando desfechos ruins (CMBC, 2010; HSE, 2016).

São poucos os itens que existem em apenas um guia/protocolo e que não possuem um equivalente como os critérios elegíveis e são expostos como critérios de exclusão, são eles: “Nulipara” (DHHS, 2015); “Gravidez pela tecnologia de reprodução assistida” (DHHS, 2015), história de “Ruptura uterina” (HSE, 2016), “Suspeita clínica ou ultrassonográfica de macrossomia” (HSE, 2016).

Em um grande estudo de coorte no Reino Unido, foi evidenciado um aumento na taxa de desfecho perinatal adverso severo entre as mulheres nulíparas nos PDP quando comparado aos planejados nos

hospitais (BECG, 2011). Porém, em um outro estudo holandês, nenhum efeito de interação foi encontrado entre paridade e local de nascimento planejado em resultados perinatais (DE JONGE et al., 2009b).

Os dados atuais sugerem um risco aumentado de desfechos maternos e perinatais adversos para gravidezes através de tecnologia de reprodução assistida, mas os riscos absolutos aparecem pequenos. Nessa gravidez, revela-se um risco elevado de desenvolver diabetes gestacional e pré-eclampsia e, portanto, o rastreamento deve ser realizado para essas condições (TALAULIKAR; ARULKUMARAN, 2013).

O critério de exclusão “História do bebê anterior com mais de 4,5 kg” é encontrado em apenas dois protocolos, da Irlanda e do BC, do Canadá. E ter história de “Distocia do ombro” também se torna excludente na Irlanda, *South Australia* e Nova York (SA Health, 2013; NYSALM, 2015). Assim como “Isoimunização”, encontrada nos protocolos de Nova York, Califórnia e *British Columbia*, Canadá. Esses estão relacionados ao aumento da probabilidade de ocorrência novamente na gestação atual e riscos obstétricos significativos e suspeita ou complicações com o feto que requer uma atenção especial no nascimento (WATERSTONE; BEWLEY; WOLFE, 2001).

Ter “Diagnóstico de ultrassom de oligo/polidramnios” também descarta a possibilidade de PDP nos protocolos da Irlanda, New York, *South Australia* e *British Columbia*. Esse diagnóstico por si só já caracteriza uma gestação de alto risco (BRASIL, 2013; 2016).

Cabe destacar que cada protocolo atende e se adapta a sua localidade e o quanto foi aprofundado seus estudos para formulação de seus protocolos. Segundo sugerido em um dos guias australianos que de acordo com os bons princípios de gestão de riscos, os serviços de saúde são encorajados a iniciar o novo serviço com uma abordagem conservadora da elegibilidade e podem considerar critérios de ampliação após um período de tempo em que a experiência e os resultados podem ser revisados e avaliados de acordo com a demanda e os recursos disponíveis (DHHS, 2015).

Sobre a Diabetes, parece consenso em todos guias/protocolos, como critério de exclusão, quando há “diabetes insulino-dependentes”, porém quando há “diabetes gestacional” estão apenas destacadas e excluídos os casos “Diabetes gestacional com glicemia descontrolada que requer medicação” (SA Health, 2013), “Diabetes gestacional não controlado por dieta/exercício” (NYSALM, 2015) e “Início da diabetes gestacional” (HSE, 2016); não deixando claro como proceder em caso de diabetes gestacionais controladas apenas por dieta, por exemplo.

Em relação ao estreptococos do Grupo B os guia/protocolos que estabelecem critérios de exclusão são baseados nos fatores de risco associados ao estreptococo do grupo B pelo qual os antibióticos em trabalho de parto seriam recomendados (HUGHES et al., 2017): “Colonização materna confirmada com estreptococo do grupo B na gravidez atual, trabalho de parto pré-termo <37 semanas, ruptura das membranas quando pré termo e sem trabalho de parto, ruptura das membranas com mais de 18 horas no início do parto” descrito no guia da Irlanda; “Estreptococos do Grupo B positivo” listado no do *South Australia* (SA Health, 2013) e no guia da Califórnia destaca como “História do parto de recém-nascido infectado com estreptocócico do Grupo B,” (MBC, 2014).

Além dos fatos clínicos há na boa parte dos guias/protocolos, os fatores não clínicos que podem também afetar o parto domiciliar e que são consideradas também essenciais de diferenciais no atendimento ao PDP como: falta de suporte familiar/rede de apoio aos pares; Instalações inadequadas em casa, terreno e localização em conformidade com o serviço de ambulância, Doença psiquiátrica grave atual (CMBC, 2010; MBC, 2014), Dependência de álcool, cigarro ou drogas (CMBC, 2010; SA Health, 2013; MBC, 2014), Distância da parteira ou unidade hospitalar/maternidade mais próxima (SA Health, 2013; HSE, 2016) e Evidência de violência doméstica (SA Health, 2013).

Há evidência da influência de fatores de risco não médicos (status social, estilo de vida ou etnia) em desfechos perinatais adversos. Esses fatores de risco geralmente não são considerados nas práticas atuais de rastreamento de risco. Além disso, mostrou-se que uma acumulação desses fatores de risco pode prejudicar ainda mais as chances de um bom resultado da gravidez (TIMMERMANS et al., 2011).

Vale esclarecer que nos países em que a cultura assistencial a gestação de risco habitual não é medico-centrada, os guias/protocolos buscam um trabalho colaborativo entre todos profissionais envolvidos na saúde materno-neonatal e em seus guias são listados os critérios dividindo-os em quando devem ocorrer consultorias, referenciamento ou transferência do cuidado da mulher, a fim de auxiliar na melhor classificação de risco e manejo do cuidado (CMBC, 2010; SIZER; ARDIZZONE, 2015; VOS, 2015; HSE, 2016; SHULTZ; HARDING, 2017).

Cabe ao profissional responsável pelo parto domiciliar pedir auxílio a outro profissional especialista, encaminhar e/ou transferir o cuidado, pois deixou de ser considerado gestação de risco habitual. Este

fato é bem detalhado nos guias/protocolos da Irlanda, onde inclusive se tem listado os casos considerados de risco moderado que precisam ter uma revisão por um consultor médico obstetra antes de tomar uma decisão sobre o local de parto, ou seja, a mulher pode ser considerada elegível, ou não, com base na opinião clínica desse consultor, que é posteriormente anotado no arquivo da mulher (HSE, 2016).

Contudo pode ser observado que em sua maioria os guias/protocolos internacionais encontrados declaram sobre a importância do estabelecimento de uma relação colaborativa entre todos profissionais envolvidos com o cuidado das mulheres que escolhem PDP, desde os profissionais que prestam esta assistência e os profissionais socorristas que transportam essa mulher e os que receberão ela nos hospitais caso haja necessidade de transferência, e ainda os especialistas em caso de necessidade de consultoria ou transferência do cuidado (CMBC, 2010; SA Health, 2013; MBC, 2014; DHHS, 2015; NYSALM, 2015; HSE, 2016; SIZER; ARDIZZONE, 2015; SHULTZ; HARDING, 2017).

No Brasil, a Norma Técnica escrita pela Comissão de PDP da ABENFO-SC (2017) aponta critérios de elegibilidade das mulheres para PDP similares com os protocolos internacionais. Além destes critérios, também são traçados os critérios de exclusão das mulheres para o PDP relacionando um conjunto de fatores sobre as condições de saúde prévias, sobre a história reprodutiva anterior e da gravidez atual. Estabelecem também, a lista dos materiais e equipamentos mínimos para o PDP, descrevem a equipe mínima para o atendimento e as práticas de atendimento ao pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto de forma sucinta, descarte de materiais e por fim, discorrem sobre os procedimentos mínimos para quando houver necessidade de transferência materna e neonatal; demonstrando que este documento conflui com os protocolos internacionais.

Por fim, é consenso nos protocolos internacionais que para obtenção da melhor segurança desta assistência, os serviços de saúde devem integrar o PDP aos seus serviços e desenvolver e adotar critérios de elegibilidade adequados ao seu contexto, conjuntamente aos conselhos de classe da saúde e as mulheres, buscando colaboração contínua. A classificação de risco deve ser individualizada para cada mulher entendendo que pode haver outros fatores além dos critérios de elegibilidade que farão parte da avaliação criteriosa desta mulher, além de ser necessário considerar evidências emergentes.

CONCLUSÃO

Este estudo apresentou uma síntese dos critérios de elegibilidade das mulheres para o PDP no sentido de uniformizar as condutas e reduzir riscos, garantindo segurança neste tipo de atendimento. Observa-se que é consenso entre todos guias/protocolos encontrados os critérios de inclusão das mulheres para o PDP: ter feto único, gestação a termo e apresentação fetal. A maioria concentra sua listagem nos critérios clínicos que devem excluir as mulheres para o PDP.

A seleção das mulheres para o PDP é um processo complexo envolvendo anamnese de qualidade e atenção no pré-natal, manejos intraparto e pós-parto; comunicação contínua entre profissional-gestante; julgamento do profissional; e melhor adequação de perfil de risco.

A proposta dos guias/protocolos é proporcionar as mulheres o direito a escolha do local de parir da forma mais segura e organizada possível. Além disso, delinear exaustivamente as condições que podem aumentar o risco em um PDP são a chave para o sucesso de uma boa avaliação de risco para obter bons desfechos.

REFERÊNCIAS

AL-ZIRQI, I. et al. Prevalence and risk factors of severe obstetric haemorrhage. **BJOG**. v. 115, p. 1265–72, 2008.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS **Content of a Complete Routine Second Trimester Obstetrical Ultrasound examination and Report** [Internet]. Washington: Management of postterm pregnancy. 2004 [updated 2009]. Disponível em: www.sogc.org/guidelines/documents/gui223CPG0903.pdf

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **Obesity in Pregnancy**: Committee. Opinion Number 549. 2013.

AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R.; PORTO, A. M. F. **Indicações de cesariana baseada em evidências**: parte I. *Femina*. v. 38, n.8. Ago. 2010.

ANDERSON, J. M.; ETCHES, D. Prevention and management of post-partum hemorrhage. **Am Fam Physician**. v. 15, n. 75, p. 875-82, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS E OBSTETRIZES DE SANTA CATARINA. Diretrizes para o atendimento do Parto Domiciliar Planejado em Santa Catarina, 2017.

AUNE, D. et al. **Maternal body mass index and the risk of fetal death, stillbirth, and infant death: a systematic review and meta-analysis**, JAMA, v. 311, n. 15, p. 1536-1546, 2014.

BANGDIWALA S. I. et al. **NIH Consensus Development Conference Draft Statement on Vaginal Birth After Caesarean: New Insights**. NIH Consens State Sci Statement mar. v. 27, n. 3, 2010.

BEHRMAN, R. E.; BUTLER, A. S. Preterm birth: causes, consequences, and prevention. Washington, DC: **The National Academies Press**; 2007 disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11362/>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

BRASIL. **Gestação de Alto Risco** / Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília : Ministério da Saúde, p.164. 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. Brasília, 2013. Caderno de Atenção Básica n. 32. Disponível em: <<http://goo.gl/ZhsG6p>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC/**Dados preliminares Situação da base nacional em 30/10/2016**, 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/pnvuf.def>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

_____. 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 (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: 10 ago. 2016.

CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS. **Standardization of Care and Clinical Practice Guidelines: Improving Patient Outcomes**. 2013. Disponível em: <<http://www.nhlbi.nih.gov/health-pro/guidelines/about#cpag>>. Acesso em: Abr. 2017.

CARNEIRO, R. **Parto domiciliar**: ressignificação do doméstico e cronotopias da intimidade. In: XXV SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA ANPUH. Universidade Federal do Ceará. Anais... Fortaleza, 12 a 17 de jul de 2009.

CAUGHEY, A. B.; STOTLAND, N. E.; WASHINGTON, A. E.; ESCOBAR, G. J. Maternal and obstetric complications of pregnancy are associated with increasing gestational age at term. **Am. J. Obstet. Gynecol.** v. 196, n. 2, p. 155. e1-155.e6., feb. 2007.

COLACIOPPO, P. M. et al. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 2, p. 81-90, 2010. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2010950390&lang=pt-br&site=ehost-live&authtype=ip,cookie,uid>>. Acesso em: 10 ago 2017

COLLAÇO, V. S. **Parir e nascer num novo tempo**: o significado para o casal do parto domiciliar planejado atendido por enfermeiras obstétricas. 2013, XXX f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Programa de Pós- graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

COLLEGE OF MIDWIVES OF BRITISH COLUMBIA. **Home Birth: Handbook for Midwifery Clients**. Vancouver, BC, Canada: CMBC. Registrant's Handbook. 2010. Disponível em: <

content/uploads/2016/04/Homebirth-Handbook-2010.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2016.

COMBS, C. A.; MURPHY, E. L.; LAROS, R. K. Factors associated with postpartum haemorrhage with vaginal birth. **Obstet Gynecol.** v. 77, p. 69–76, 1991.

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.

CRANE, J. M. et al. Maternal and perinatal outcomes of extreme obesity in pregnancy. **JOGC.** v. 35, n. 7, p. 606-1, 2013.

CUERVO, L. G. **Inducción del trabajo de parto para mejorar los resultados de nacimiento en mujeres a término o después del término.** Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. n. 4, 2006. Disponível em: <http://apps.who.int/whl/pregnancy_childbirth/complications/prolonged_pregnancy/lgcom/es/>. Acesso em: 12 ago. 2014.

DAVISS, B. A.; JOHNSON, K.C.; LALONDE, A.B. Evolving evidence since the term breech trial: Canadian response, European dissent, and potential solutions. **J Obstet Gynaecol Can.** v. 32, p. 217–224, mar. 2010.

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. 2009a.

DE JONGE, A. et al. Home birth: as safe as in hospital? Authors' reply. **BJOG** v. 116, p. 1685–1686, 2009b

DELANEY, M et al. Maternal Fetal Medicine Committee. Guidelines for the management of pregnancy at 41± 0 to 42±0 weeks. **J Obstet Gynaecol Can.** v. 30, n. 9, p. 80-230, 2008.

DENEUX-THARAUX C. et al. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. **Obstet Gynecol.** v. 108, n. 3Pt1, p. 541–548, 2006.

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES. **Implementing a public home birth program** – Guidance for Victorian public health services. Victoria State Government: Victoria, Melbourne. Ago. 2015.

Disponível em:

<<http://www2.health.vic.gov.au/about/publications/policiesandguidelines/implementing-public-home-birth-program>>. Acesso em: 01 out. 2016.

DODD, J. M. et al. Birth after caesarean study - planned vaginal birth or planned elective repeat caesarean birth: protocol for a patient preference study and randomised trial. **BMC Pregnancy & Childbirth**. v. 7. p. 17, 2007.

FEYER, I. S. S; MONTICELLI, M; VOLKMER, C; BÚRIGO, R. A. Publicações científicas brasileiras de enfermeiras obstétricas sobre o parto domiciliar: revisão sistemática de literatura. **Texto Contexto Enferm** [online]. v. 22, n.1, p. 47-56. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_30.pdf>. Acesso em: 23 set 2016.

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.

GAUDET, L. et al. Maternal obesity and occurrence of fetal macrosomia: a systematic review and meta-analysis. **BioMed Res Int**. v. 2014, p. 1-22, 2014.

GILBERT, W. M. et al. Vaginal versus cesarean delivery for breech presentation in California: A population-based study. **Obstet Gynecol**. v. 102, p. 911-917, 2003. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14672462>>. Acesso em: 23 set 2016.

GLEZERMAN, M. Five years to the term breech trial: the rise and fall of a randomized controlled trial. **Am J Obstet Gynecol** v. 194, p. 20-25, 2006.

GOFFINET, F. et al. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. The PREMODA Study Group. **Am J. of Obstet and Gynecol (AJOG)**. v. 194, p. 1002-1011, 2006.

GUISE, J. M. Vaginal birth after cesarean: new insights on maternal and neonatal outcomes. **Obstetrics & Gynecology**, v. 115, n. 6, p. 1267-1278, 2010.

GÜLMEZOĞLU A. et al. **Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. Cochrane Database of Systematic Reviews**. In: The Cochrane Library, 2013.

HACK, KE. et al. Increased perinatal mortality and morbidity in monochorionic versus dichorionic twin pregnancies: clinical implications of a large Dutch cohort study', **BJOG**, v. 155, n. 1, pp. 58-67, 2008.

HÅHEIM, L. L. et al. Breech birth at term: vaginal delivery or elective cesarean section? A systematic review of the literature by a Norwegian review team. **Acta Obstet Gynecol Scand**. v. 83, p. 126–30, 2004.

HANNAH, M. E. et al. **Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial**. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*. v. 356, p. 1375-1383, out. 2000.

HARTNACK, et al. Consequences of the term breech trial in Denmark. **Acta Obstet Gynecol Scand**. v. 90, p.767–771, 2011.

HEALTH SERVICE EXECUTIVE. **Policy to support Self-Employed Community Midwives to assess the eligibility and suitability of women for Inclusion/Exclusion for planned home birth with The Health Service Executive**. Sub-group of Clinical Governance Group. n.1, Dez. 2016. Disponível em: <<http://www.hse.ie/eng/services/list/3/maternity/New-Home-Birth-Policies-and-Procedures/HB004-Midwifery-Practice-Guidelines-HSE-Home-Birth-Service.pdf>>. Acesso em: set. 2017.

HOFMEYR, G. J.; BARRETT, J. F.; CROWTHER, C. A. Planned caesarean section for women with a twin pregnancy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2011.

HUGHES, R. G. et al. Prevention of early-onset neonatal group B streptococcal disease. Green-top Guideline No. 36. **BJOG** 2017.

INSTITUTE OF MEDICINE. Consensus Report: Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Washington, DC: **The National Academy of Sciences**. 2001.

JANSSEN, P. A. et al. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. **CMAJ**. v. 166, n. 3, p. 315–23, 2002.

JUNTUNEN, K.; KIRKINEN, P.; KAUPPILA, A. The clinical outcome in pregnancies of grand grand multiparous women. **Acta Obstet Gynecol Scand**. v. 76, n. 8, p. 755–759, 1997.

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: <<http://www.mja.com.au/journal/2010/192/12/planned-home-and-hospital-births-south-australia-1991-2006-differences-outcomes>>. Acesso em: 02 set. 2016.

KHAN, K. S. et al. **WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review**. *Lancet* v. 367, p. 1066–74, 2006.

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

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. 747-750, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102012000400020&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 23 mar 2017

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.

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

KOETTKER, J. G. **Parto Domiciliar Planejado assistido por profissional qualificado nas regiões nordeste, centro-oeste, sudeste e sul do Brasil**. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Catarina, Florianópolis.

LESSA, H. F. **A saúde da mulher e a opção pelo parto domiciliar planejado**. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

LINDGREN, H. E. et al. Praxis and guidelines for planned homebirths in the Nordic countries – An overview. **Sex Reprod Healthc**, v.5, n. 1, p. 3-8, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24472383>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

LOUWEN, F; DAVISS, B; JOHNSON, K; REITTER, A. Does breech delivery in an upright position instead of on the back improve outcomes and avoid cesareans?. **Int J Gynecol Obstet**. 2017, v. 136, p.151–161.

MAGANN, E. F. et al. Postpartum hemorrhage after vaginal birth: an analysis of the risk factors. **South Med J**. v. 98, p. 419–422, 2005.

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=S169561412012000300016&script=sci_arttext&tln=pt>. Acesso em: 11 out. 2016.

MATTHES, A. C. S. **Gravidez prolongada**: subsídios da literatura médica para uma defesa. *Femina*. v. 38, n. 8, ago 2010.

MCINTYRE, M.; FRANCIS, K.; CHAPMAN, Y. **Primary maternity care reform**: Whose influence is driving the change? *Midwifery* v. 5, n.28, p.705–711. 2012.

MEDEIROS, R. M. K.; SANTOS, I. M. M.; SILVA, L. R. A escolha pelo parto domiciliar: história de mulheres que vivenciaram esta experiência. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p.765-772, dez. 2008.

MEDICAL BOARD OF CALIFORNIA. **Practice Guidelines for California Licensed Midwives**. May. 2014. Disponível em: <http://www.mbc.ca.gov/Licensees/Midwives/midwives_practice_guidelines.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2016.

MENEZES et al. A situação do parto domiciliar no Brasil. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador. v. 1, n. 1, p. 3-43, dez. 2012.

MGAYA, A. H. et al. **Grand multiparity**: is it still a risk in pregnancy? *BMC Pregnancy and Childbirth*. v. 13, p. 241, 2013.

NATIONAL INSTITUTE OF CLINICAL HEALTH STUDIES. **Do Guidelines Make a Difference to Health Care Outcomes?** Melbourne, Australia: NICHES; 2006. Disponível em: <<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>>. Acesso em: 16 set 2017.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Weight management before, during and after pregnancy**. 2010

NEW YORK STATE ASSOCIATION OF LICENSED MIDWIVES. **Guidelines for best practice**: Planned Home Birth in New York State. NYSALM. OUT. 2015. Disponível em: <<http://nysalm.org/wp->

content/uploads/2016/10/HomeBirthGuidelines.pdf.> Acesso em: 23 nov. 2016.

OSAVA, R. H; TSUNECHIRO, M. A; SAITO, E. A contribuição da enfermagem na promoção do parto natural. **Revista Conexão SEESP**, São Paulo, v.29, p. 1-4. 2010.

PAULO, U. D. S. Curso de Obstetrícia. **Escola de Artes Ciências e Humanidades.**, 2014. Disponível em: <<http://www.each.usp.br/obstetricia/curriculo.htm> >. Acesso em: 14 set. 2017.

PHIPPS, H. et al. The management of breech pregnancies in Australia and New Zealand. **Aust N Z J Obstet Gynaecol** v. 43, n. 294–297, 2003.

PEDIATRICS. **The Apgar Score.** v. 117, n. 4, 2006. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/117/4/1444.full> >. Acesso em: Set. 2017.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface Comunic. Saúde. Educ.*, Botucatu (SP), v. 13, supl. 1, p.7 59-68, set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a11v13s1.pdf>>. Acesso em: Jul. 2016.

RIETBERG, C. C.; ELFERINK-STINKENS, P. M.; VISSER, G. H. The effect of the Term Breech Trial on medical intervention behaviour and neonatal outcome in The Netherlands: an analysis of 35,453 term breech infants. **BJOG**. v. 112, p. 205–209, 2005.

ROYAL AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. 2013, **Management of Obesity in Pregnancy**, RANZCOG, 2013. Disponível em: <<http://www.ranzcog.edu.au/college-statements-guidelines.html>>. Acesso em: 17 jun. 2015.

SAIGAL, S.; DOYLE, L. W. An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. **Lancet**. v. 371, n. 9608, p. 261-9, jan. 2008.

SALIHU, H. M. Maternal obesity and stillbirth. **Sem Perinat.** v. 35, n. 6, p. 340-344, 2011.

SEIBERT, S. L. et al. Movimento pelo parto domiciliar planejado na cidade do Rio de Janeiro em: ações do Coren-RJ Rev. **Enf. Profissional.** v. 1, n. 1, p. 282-296, jan/abr.2014.

SHEINER, E. et al. Obstetric risk factors and outcomes of pregnancies complicated with early postpartum hemorrhage: A Population-based study. Taylor & Francis Group. **J. of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine.** v. 18, n. 3, p. 149-154, set. 2005.

SHULTZ, N.; HARDING, C. **Homebirth Team Standard Operating Protocol (CG520).** NHS Foundation Trust. Version 3. 03 mar. 2017. Disponível em:

<http://www.royalberkshire.nhs.uk/Downloads/GPs/GP%20protocols%20and%20guidelines/Maternity%20Guidelines%20and%20Policies/Intrapartum/Homebirth%20Standard%20Operating%20protocol_V3.0_CG520.pdf>. Acesso em: 13 out. 2016.

SIZER, P.J.; ARDIZZONE, S. **A Clinical Guideline for: Planned Home Birth.** Maternity Guidelines Committee. NHS Foundation Trust. Norfolk and Norwich University Hospitals. Version 4, p. 1-11, 10 nov. 2015. Disponível em: <[http://www.nnuh.nhs.uk/.../planned-home-birth-management-mid2-v4/.](http://www.nnuh.nhs.uk/.../planned-home-birth-management-mid2-v4/)> Acesso em: set. 2016.

SOUTH AUSTRALIA HEALTH. **Policy for Planned Birth at Home in South Australia.** Government Policy-South Australia. Ago.2013. Disponível em:

<http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/76aaf1004f3219c488eefd080fa6802e/Planned+Birth+at+Home_in+South+Australia+2013_pg_v2.0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=76aaf1004f3219c488eefd080fa6802e>. Acesso em: 12 out. 2016.

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. 156 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

Dissertação de mestrado. Disponível em:

<<http://www.tede.ufsc.br/teses/PASO0165.pdf>>. Acesso em: Set. 2016.

STONES, R. W.; PATERSON, C. M.; SAUNDERS, N. J. Risk factors for major obstetric haemorrhage. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.** v. 48, p. 5–18, 2002.

TALAULIKAR, V. S.; ARULKUMARAN, S. Maternal, perinatal and long-term outcomes after assisted reproductive techniques (ART): implications for clinical practice. **European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology.** v. 170, n. 1, p. 13-19, 2013.

TIMMERMANS, S. Individual accumulation of heterogeneous risks explains perinatal inequalities within deprived neighbourhoods. **Eur J Epidemiol.** v. 26, p. 165–180, 2011.

TORNQUIST, C. S. O parto humanizado e a REHUNA. In: Seminário nacional de movimentos sociais, participação e democracia, 2., 2007, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: NPMS, p.145-160, 2007.

VEDAM, S.; KOLODJI, Y. Guideline for client selection in the home birth midwifery practice. **Journal of Nurse-Midwifery.** v. 40, n.6, p. 508-521, 1995.

VIANA, P. A experiência de trabalho do Grupo Curumim com parteiras tradicionais. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, p. 209-214. 2010.

VLEMMIX, F. et al. Term breech deliveries in the Netherlands: Did the increased cesarean rate affect neonatal outcome? A population-based cohort study. **Acta Obstet Gynecol Scand.** 2014; v. 93, p. 888–896.

VOS, A. A. **Strategies to Reduce Perinatal Health Inequalities - The Healthy Pregnancy 4 All study.** 2015. PhD thesis, Erasmus University Rotterdam, The Netherlands.

WATERSTONE, M.; BEWLEY, S.; WOLFE, C. **Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case control study.** **BMJ.** v. 322, p. 1089–93, 2001.

WENNERHOLM, U. B. Induction of labor versus expectant management for post-date pregnancy: is there sufficient evidence for a change in clinical practice? **Acta Obstet Gynecol Scand.** v. 88, n. 1, p. 6-17, 2009.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. **The integrative review:** updated methodology. *J Adv Nurs*, v. 52, n. 5, p. 546-53, Dec 2005. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x> >. Acesso em: 23 Set. 2017.

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

_____. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision. Geneva (CH): **World Health Organization**, 2006.

WHYTE, H. et al. Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Randomized Term Breech Trial. **Am J Obstet Gynecol.** v. 191, p. 864-71, 2004.

YASMEEN, S. et al. Is grandmultiparity an independent risk factor for adverse perinatal outcomes?, **Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, v. 17, n. 4, p. 277-280, 2005.

YOUNG, B. C.; WYLIE, B. J. Effects of twin gestation on maternal morbidity. **Seminars in Perinatology**, v. 36, n. 3, pp. 162-168, 2012.

4.2 MANUSCRITO 2 – CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DAS MULHERES PARA ATENDIMENTO AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DAS MULHERES PARA ATENDIMENTO AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO ¹²

Leticia Colossi¹³

Robert Costa¹⁴

RESUMO

Objetivo: Construir e validar um protocolo com os critérios de elegibilidade das mulheres para o atendimento ao parto domiciliar planejado no Brasil. Método: Trata-se de estudo metodológico, desenvolvidas cinco etapas da técnica Delphi (Revisão Integrativa, Formulação dos critérios de elegibilidade, Seleção dos especialistas, envio do instrumento aos especialistas, elaboração da proposta do protocolo). Participaram 27 especialistas julgadores que atuam nas regiões nordeste, centro-oeste, sudeste, sul do país. Para obtenção de consenso foi utilizado o Índice de Validação de Conteúdo, Resultado: O protocolo apresenta 34 critérios de elegibilidade das mulheres para o parto domiciliar planejado contendo Critérios gerais: Desejo da mulher, Gestante classificada como risco obstétrico habitual, Gestação única, Apresentação cefálica, Gestação a termo, A mulher e seu(sua) companheiro(a) devem estar de acordo e assinar o Termo de Consentimento Informado antes de iniciar o atendimento ao parto, e ainda Critérios Histórico obstétrico, Critérios da Gestação Atual,

¹² Este Manuscrito faz parte da Dissertação de Mestrado “Critérios de Elegibilidade das Mulheres no Atendimento ao Parto Domiciliar Planejado”.

¹³ Enfermeira obstetra de Parto Domiciliar Planejado. Membro do Grupo de Pesquisa na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR). E-mail: leticia.colossi7@gmail.com.

¹⁴ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFSC. pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR) e do Laboratório de Estudos da História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde (GEHCES) do PEN-UFSC. E-mail: roberta.costa@ufsc.br

Critérios sobre o Local da Parto e Critérios sobre condições de Transferência. A validação do conjunto das variáveis obteve Índice de Validação de Conteúdo geral do instrumento de 0,83. Conclusão: Este trabalho apresenta uma serie de critérios para serem adotados a fim de uniformizar condutas que contribuem para aumento da segurança e redução de danos para as mulheres que optam pelo parto domiciliar planejado no Brasil.

Descritores: Parto Domiciliar Planejado. Elegibilidade. Protocolo. Guideline. Construção. Validação de Conteúdo.

INTRODUÇÃO

O Parto Domiciliar Planejado (PDP) é entendido como a assistência prestada por profissional qualificado e registrado em Conselho de Classe à mulher durante a gestação, o parto e puerpério imediato, no ambiente domiciliar. O atendimento deve seguir um protocolo que define as ações a serem desenvolvidas em cada etapa do processo gestacional e parturitivo. Nesta assistência é imprescindível que se garanta uma rede de suporte no caso de necessidade de transferência materna e/ou neonatal (KOETTKER, 2010).

Estudos recentes de coorte que relatam taxas de mortalidade perinatal comparáveis entre Parto Domiciliar Planejado (PDP) e os partos hospitalares recomendam o uso de critérios rígidos de seleção para candidatas serem consideradas adequadas (JANSSEN et al., 2009; HUTTON; REITSMA; KAUFMAN, 2009; DE JONG et al., 2015). Estes critérios, de modo geral, incluem a ausência de qualquer doença materna preexistente, a ausência de doença significativa durante a gravidez, um feto único, apresentação fetal cefálica, idade gestacional maior ou igual que 37 semanas completas e menor de 42 semanas completas de gravidez trabalho de parto deve ser de início espontâneo, e que o paciente não tenha já sido transferido de outro hospital referente. Na ausência de tais critérios, o atendimento ao PDP está claramente associado a um maior risco de morte perinatal (KENNARE et al., 2010; CHEYNEY et al., 2014).

Há mais de 20 anos já existem publicações internacionais demonstrando que quando os partos domiciliares são planejados com uma população bem-selecionada de mulheres e atendidas por profissionais treinados que transportam equipamentos de emergência, as melhores condições de segurança são atendidas e os melhores resultados são alcançados (DECLERCQ et al., 1995; ANDERSON;

MURPHY, 1995; WIEGERS et al. 1996; DAVIES et al. 1996; ACKERMANN-LEIBRICH et al., 1996).

O PDP deve envolver a seleção cuidadosa das clientes pelos profissionais para adequação e coordenação entre todos os prestadores de cuidados de saúde. O PDP não é simplesmente uma interação entre um profissional e um cliente, mas deve ser fornecido dentro de um sistema de suporte mais amplo que inclui hospitais, médicos e serviços de emergência (CMBC, 2010).

A seleção de clientes para o PDP é um processo complexo envolvendo consultas pré-natal de qualidade e atenção além de observações e medidas intraparto e pós-parto contínuas; envolvendo uma comunicação frequente entre profissional-cliente. Muitos dos critérios de triagem utilizados serão comuns às práticas obstétricas no domicílio e no hospital. No entanto, existem certos critérios que são exclusivos para o rastreamento domiciliar e outros que assumem maior significância quando se considera um parto domiciliar (VEDAM; KOLODJI, 1995).

Nos países em que houve organização deste serviço, os critérios de elegibilidade das mulheres auxiliaram na criação de políticas e/ou programas públicos de PDP. Esses programas públicos visam mulheres com risco habitual de complicações, no entanto, há diferentes opiniões sobre estes critérios (CMBC, 2010; *Department of Health & Human Services* - DHHS, 2015; NHS, 2015;2017).

Apesar de muitos artigos internacionais apontarem bons resultados sobre o PDP vale ressaltar que esses resultados se devem principalmente a cuidadosa seleção das mulheres para este serviço, a uma assistência centrada na mulher; atendimento realizado majoritariamente por *midwives*; respeito a Escolha Informada; atendimento realizado por profissionais habilitados, capacitados e treinados continuamente, adequada monitorização durante toda prestação do serviço; com material de emergência e serviço bem integrado ao sistema de saúde (JANSSEN et al., 2002; JANSSEN et al., 2009; BECG, 2011; DAVIS et al., 2011; 2012; MURRAY-DAVIS et al., 2014; HUTTON et al., 2009; HUTTON, 2016a, HUTTON et al., 2016b; DE JONGE et al., 2015).

No Brasil, a maioria dos nascimentos ocorre no ambiente hospitalar, onde apenas 0,61% dos partos ocorrem em domicílio segundo os dados da Vigilância Epidemiológica, porém esses registros são também referentes aos partos domiciliares independentemente do planejamento (BRASIL, 2015). Não há registros do número exato dos

PDP com profissionais qualificados, pois não há uma diferenciação dos partos acidentais domiciliares daqueles planejados com profissionais habilitados, impossibilitando analisar os resultados desse atendimento diferenciado (KOETTKER, 2016).

Este tipo de assistência está aparentemente em expansão, visto que houve um aumento significativo de partos domiciliares em algumas regiões do Brasil, como foi o caso do estado de Santa Catarina que registrou um aumento de 33% de 2014 para o ano de 2016; entretanto esse número representa apenas 0,3% quando comparado ao total de nascimentos ocorridos nos hospitais (BRASIL, 2015); e ainda representa a soma dos partos domiciliares que ocorrem acidentalmente junto com os que foram planejados.

Observa-se também um discreto aumento do número de partos assistidos por obstetrias e enfermeiras (15%), principalmente nas Regiões mais pobres e onde há falta de médicos (LEAL et al., 2014); porém, nacionalmente a assistência obstétrica é prestada majoritariamente por médicos (88,7%), e apenas 8,3% por enfermeiros (BRASIL, 2008; LAGO; LIMA, 2009).

Inexistem indicadores sobre a assistência ao PDP no Brasil (COLACIOPPO et al., 2010; KOETTKER et al., 2012; KOETTKER; BRUGGEMANN; DUFLOTH, 2013; KOETTKER et al., 2015; KOETTKER, 2016) e não há um protocolo nem guia de atenção ao PDP exclusivo como uma diretriz nacional utilizado pelos profissionais que prestam este serviço (KOETTKER, 2016). Assim, é necessária uma abordagem consistente para a prática do parto domiciliar seguro para apoiar os consumidores que desejam utilizar esse modelo de cuidados.

No Brasil, também não há um sistema de referência, consultoria e transferência dos cuidados bem estabelecidos entre os profissionais habilitados para prestar assistência as mulheres de gestação de risco habitual como ocorrem nos países com melhores resultados maternos e neonatais.

Na ausência de diretrizes é frequente a variabilidade da prática clínica (*Canadian Association of Emergency Physicians - CAEP*, 2013). Os protocolos ou diretrizes de atenção são projetadas para informar o provedor sobre as práticas mais atuais e baseadas nas melhores evidências científicas e consenso de especialistas em uma determinada disciplina (*Institute of Medicine - IM*, 2001; CAEP, 2013), além disso, a implementação de diretrizes garante melhores cuidados aos pacientes (NICE, 2006), principalmente em disciplinas onde a pesquisa está em constante evolução.

Segundo declaração sobre o parto domiciliar do *Committee on Obstetric Practice of the American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) as mulheres devem ser informadas de que vários fatores são críticos para reduzir as taxas de mortalidade perinatal e alcançar resultados favoráveis do parto domiciliar (ACOG, 2017). Esses fatores incluem a seleção apropriada de candidatas para o parto domiciliar; a disponibilidade de que praticam obstetrícia dentro de um sistema de saúde integrado e regulamentado; acesso a um pronto atendimento para consultoria; e acesso a transferências seguras e oportunas para hospitais próximos quando houver necessidade de encaminhamento (ACOG, 2017).

O Comitê considera que são necessários critérios rigorosos para orientar a seleção de candidatas adequadas para o PDP. A declaração analisou as candidatas adequadas para o parto domiciliar e delineou os componentes do sistema de saúde críticos para reduzir as taxas de mortalidade perinatal e alcançar resultados favoráveis ao PDP. Entre esses, considera a má apresentação fetal, a gestação múltipla ou a cesariana prévia contraindicações absolutas ao nascimento domiciliar planejado (ACOG, 2017).

O objetivo da avaliação de risco para o parto em casa é selecionar mulheres de risco habitual com um bom prognóstico para uma gravidez normal, saudável, nascimento e pós-parto. No entanto, é importante reconhecer que a gravidez e o nascimento são um processo dinâmico e nenhum sistema de rastreamento de risco pode identificar todas as mulheres que sofrerão um desfecho adverso (CMBC, 2010).

Portanto, devido a importância de uma correta seleção das mulheres para o PDP, o objetivo deste estudo foi a construção e validação de um instrumento com os critérios de elegibilidade das mulheres para o atendimento ao PDP no Brasil. Este instrumento busca facilitar uma abordagem prática e segura consistente baseada nas evidências científicas e nos protocolos/guias consolidados internacionalmente e em conjunto com os profissionais atuantes e experientes no país.

MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico, para condução de pesquisas que visam a construção, validação e avaliação de instrumentos e métodos de pesquisa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Para a construção e validação dos critérios de elegibilidade das

mulheres no atendimento ao PDP foram desenvolvidas as cinco etapas sugeridas pela técnica Delphi segundo Wright e Giovinazzo (2000).

Na 1ª Etapa estabeleceu-se como pergunta de partida: “Quais os critérios de elegibilidade das mulheres para assistência ao PDP existentes nos guias e/ou protocolos nacional e internacionais?” Para responder a esta questão foi realizado à revisão integrativa, em bases de dados creditadas e busca dos protocolos e guias propriamente dito, localizados no sistema de busca *Google*.

Na 2ª Etapa ocorreu a Formulação dos Critérios de Elegibilidade na qual foi organizada a primeira versão do questionário com os critérios de elegibilidade das mulheres para assistência ao PDP - a partir da identificação das variáveis (itens) relevantes similares ou não entre os Guias e/ou Protocolos de Parto Domiciliar encontrados na revisão integrativa (CMBC, 2010; SA Health, 2013; MBC, 2014; DHHS, 2015; NYSALM, 2015; HSE, 2016; ABENFO-SC, 2017; NHS, 2015; 2017). Foram incluídos todos os critérios encontrados.

Neste estudo, foi utilizado uma amostragem por conveniência (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011), a fim de localizar possíveis especialistas em PDP para compor a amostra, na 3ª Etapa, cuja população foi composta pelos profissionais que atendem PDP no Brasil que, por sua vez, atuam de forma autônoma e não há registros dentro dos órgãos competentes, como os Conselhos e Associações das categorias profissionais, para que a busca desses dados fosse possível, sendo a identificação e o convite realizado mediante contato pessoal nas redes sociais, mais especificamente no *facebook* e *whatsapp*, em eventos e encontros científicos da área obstétrica e indicação de profissionais, através da técnica de amostragem de rede, conhecida como “*Snow Ball*” (bola-de-neve), na qual, os profissionais inicialmente selecionados indicam possíveis profissionais elegíveis para o estudo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Os critérios de inclusão foram: possuir registro no Conselho de Classe competente e habilitado legalmente para o atendimento ao parto normal de risco habitual, de acordo com sua Lei do Exercício Profissional. Dessa forma, foram convidadas a participar do estudo as enfermeiras obstétricas, obstetrizes e médicos. Além deste, o profissional deveria ter um tempo de atuação mínima de quatro anos no atendimento ao PDP. E como critério de exclusão: os profissionais que não tenham atendido a no mínimo 10 partos domiciliares.

Outrossim, foram convidadas mais 2 profissionais com registro e formação internacional de *Certified Professional Midwife (CPM)*,

ambas graduadas nos Estados Unidos, devido a importante atuação e principalmente experiência de mais de 10 anos em partos domiciliares e que atualmente atuam no Brasil.

A partir destes critérios foram identificados e convidados 39 profissionais para participarem como *experts*. Os especialistas responderam aos questionários estruturados, por meio de “*rounds*” ou rodadas, na etapa seguinte. Todos foram informados sobre os objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantido o sigilo, a liberdade de participação, a desistência a qualquer momento

Assim, a 4ª Etapa foi o envio do Questionário aos especialistas (1ª rodada). O instrumento inicialmente elaborado com os critérios de elegibilidade das mulheres para o PDP foi convertido num questionário eletrônico, através da ferramenta *Google Forms* e os convites bem como as orientações foram enviadas para o e-mail de cada profissional com um tempo determinado para serem respondidos.

O questionário foi composto por duas partes, a primeira abordou a caracterização sociodemográfica dos especialistas; e a segunda constaram das Variáveis que devem ser consideradas como critérios de elegibilidade para o atendimento do PDP, separadas em Variáveis – Aspectos Gerais, História Obstétrica, Gestação Atual, Local do Parto e Condições de Transferência, onde em cada uma das variáveis (critérios) haviam explicações referentes a elas para melhor entendimento das variáveis. Todas as respostas foram obtidas a partir de uma escala tipo *Likert* - Totalmente não recomendado (1), não recomendado (2), Indiferente (3), Recomendado (4), Altamente recomendado (5) - com espaço ao final para sugestões e observações.

A fim de estipular a taxa de concordância aceitável entre os especialistas considerando a quantidade dos avaliadores, foi realizada a validação de conteúdo com aplicação do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) a qual mede a proporção ou porcentagem de especialistas que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens (variáveis), além de permitir a análise de cada item (variável) individualmente e do instrumento como um todo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Para esta avaliação, foi calculado dividindo-se o número de especialistas que avaliaram cada variável como “recomendado” e “altamente recomendado” pelo total de especialistas (avaliação por variável), resultando na proporção de juízes que julgaram a variável válida (POLIT; BECK, 2006). Para calcular o IVC geral do instrumento

foi realizada a soma de todos os IVC calculados separadamente, dividido pelo número de variáveis (POLIT; BECK, 2006). Como aceitável, considerou-se índice mínimo de 0,75 tanto para avaliação de cada variável do instrumento para servir de critério de decisão sobre a pertinência e/ou aceitação das mesmas (PASQUALI, 2010; ALEXANDRE; COLUCI, 2011;).

As opiniões referentes a primeira rodada foram então analisadas, revisadas e agrupadas em um novo questionário. A 5ª Etapa consistiu neste ajuste do instrumento a partir das respostas com os especialistas conforme grau de consenso. Este segundo questionário (2ª rodada), continha os critérios que não alcançaram consenso entre os juízes, junto com as justificativas encontradas na literatura e/ou opinião dos juízes para cada variável. Os resultados foram novamente analisados quanto ao grau de consenso e medidos através da aplicação do IVC.

Por fim, elaborou-se a versão final do instrumento contendo os Critérios de elegibilidade das mulheres para o PDP no Brasil, com todas as variáveis que obtiveram consenso entre os especialistas.

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 31 de maio de 2017 sob o parecer nº: 2.094.076 e CAAE nº: 66656017.6.0000.0121.

RESULTADOS

Foram convidados a participar do estudo, um total de 39 profissionais, destes 30 assinaram o TCLE e responderam o primeiro questionário e na segunda rodada houve retorno de 27 especialistas. Sendo que os três profissionais não retornaram à segunda rodada por problemas pessoais.

Este trabalho contou com maioria dos especialistas participantes da região sul do país (60%), e ainda, da região sudeste (20%), região centro-oeste (13,33%), nordeste (6,67%), porém nenhum profissional da região norte. Todos os participantes eram do sexo feminino, a maioria eram Enfermeiras Obstétricas (73,33%), três médicos obstetras, duas obstetritzas, duas CPM e uma médica pediatra. Na sua maioria os profissionais atuam junto em equipes ou grupos de PDP (90%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas, regionais e profissional dos especialistas que assistem PDP, nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil, 2017 (N= 30).

Variáveis	Média / Desvio Padrão
Idade (anos)	
Entre 30 a 57	42,36 / 8,81
Tempo de formação na graduação (anos)	
6 a 34	17,90 / 9,58
Tempo de formação na especialização (n=27)	
4 a 34 anos	14,74 / 9,24
Tempo de atuação no PDP (anos)	
4 a 30	8,76 / 5,86

Todos participantes referiram formação completar demonstrando que são profissionais que buscam uma contínua formação e aprimoramento do conhecimento científico/prático auxiliando em sua assistência.

Foram elencadas 55 variáveis considerados como critérios de elegibilidade das mulheres para o PDP para serem avaliados pelos especialistas. Destes, na primeira rodada do questionário obteve-se um consenso de 33 dos critérios, restando 22 critérios para serem reavaliados na segunda rodada de questionário (Tabela 2).

Tabela 2 - Nível de consenso entre especialistas sobre os critérios de elegibilidade das mulheres para atendimento ao Parto Domiciliar Planejado, Florianópolis-SC, 2017.

Variáveis – Aspectos Gerais	1ª Rodada (N=30)		2ª Rodada (N=27)	
	Recom./ Alt. Recom.	IVC	Recom./ Alt. Recom.	IVC
	N		N	
Desejo da mulher	30	1,00	-	-
Gestante classificada como risco obstétrico habitual	30	1,00	-	-
Gestação única	29	0,96	-	-
Apresentação cefálica	30	1,00	-	-
Gestação a termo	29	0,96	-	-
A mulher e seu(sua) companheiro(a) devem estar de acordo e assinar o Termo de Consentimento Informado antes de iniciar o atendimento ao	29	0,96	-	-

parto				
Entrar em trabalho de parto sem o uso de medicações alopáticas	30	1,00	-	-
Gestante deve ser multipara com partos vaginais prévios	03	0,10	02	0,07
Variáveis - História Obstétrica				
Não deve ter cesariana prévia	08	0,26	08	0,30
Não deve ter história de 3 ou mais cesarianas anteriores	18	0,60	20	0,74
Deve ter mais de um ano entre o último parto até a data provável de parto na gestação atual	11	0,36	11	0,40
Ter menos de 5 nascimentos anteriores, independentemente da via	07	0,23	08	0,29
Não deve ter história obstétrica anterior de hemorragia pós-parto excedendo um (1) litro de sangue ou que necessitou de reposição sanguínea	11	0,36	12	0,44
Não deve ter antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar	23	0,76	-	-
Não deve ter história obstétrica anterior de distocia do ombro	07	0,23	06	0,22
Não deve ter história de abortos espontâneos repetidos e/ou dois ou mais abortos espontâneos tardios	08	0,26	05	0,18
Não deve ter história do parto prematuro do infante, morte inexplicada ou mortalidade neonatal associado a doença materna, recém-nascido infectado com estreptococos (do grupo B, EGB), congênita ou anomalia genética	15	0,50	05 05 20	0,18 0,18 0,74
Não deve ter Isoimunização em gravidez anterior ou atual	23	0,76	-	-
Variáveis - Gestação Atual				
Durante a gravidez atual a	24	0,80	-	-

implantação e fixação da placenta não deve ser anormal (incluindo placenta prévia)				
Idade > 16 anos	19	0,63	15	0,55
Idade materna < 42 anos	07	0,23	05	0,18
Não deve ter gravidez por tecnologia de reprodução assistida	05	0,16	05	0,18
Não deve ter anormalidades pélvicas / uterinas significativas (tumores, malformações, etc.), nem anormalidades congênitas graves que afetam o parto	25	0,83	-	-
Não deve apresentar doenças como: cardíaca, pulmonar, tuberculose ou asma grave não controlada por medicação, doença renal, hepática, endócrina, distúrbios hematológicos significativos/coagulopatias ou doença neurológica	27	0,90	-	-
Não deve ter diabetes mellitus preexistente	25	0,83	-	-
Durante a gravidez atual não deve ter diabetes gestacional mesmo que com glicemia controlada apenas por dieta	15	0,50	14	0,51
Durante a gravidez atual não deve ter diabetes gestacional com glicemia descontrolada que requer medicação	27	0,90	-	-
Durante a gravidez atual não deve ter hipertensão e/ou pré-eclâmpsia	27	0,90	-	-
Não deve ter evidência laboratorial de proteinúria	26	0,86	-	-
Não deve ter sangramento vaginal anteparto inexplicado (especialmente após o primeiro trimestre)	11	0,36	05	0,18
Não deve apresentar anormalidades significativas ao funcionamento social/mental	24	0,80	-	-

que afetam a gravidez, parto e/ou a capacidade de cuidar com segurança de um recém-nascido				
Não deve ter doença psiquiátrica atual	24	0,80	-	-
Não deve ser portadora de doenças infecciosas	24	0,80	-	-
Não deve ter antígeno de superfície positivo para hepatite B	25	0,83	-	-
Não deve ter tido infecção urinária de repetição durante a gravidez atual	10	0,33	08	0,29
Não deve ter tido história de Infecção de URINA por EGB na gestação atual (mesmo que tratada)	10	0,33	10	0,37
Não deve apresentar desnutrição severa	24	0,80		
Não deve ter anemia - hemoglobina inferior a 10g/dl observadas no último exame realizado na gestação	18	0,60	18	0,66
Índice de massa corporal é <35 kg/m2 ou peso materno inferior a 100 kg	16	0,53	08	0,29
Durante a gravidez atual não deve ter Macrosomia suspeita	13	0,43	12	0,44
Durante a gravidez atual não deve ter suspeita de restrição de crescimento intra-uterino ou idade pequena para gestação	23	0,76	-	-
Durante a gravidez atual não deve ter polidramnia ou oligodramnia	17	0,56	19	0,70
Durante a gravidez atual não deve ter suspeitas de anormalidades fetais que requerem atenção pediátrica no nascimento	26	0,86	-	-
Não deve ter dependência de álcool ou drogas	24	0,80	-	-

Não deve estar fumando durante a gestação	16	0,53	16	0,59
Ter realizado o número recomendado de consultas pré-natais de acordo com a política do serviço de saúde e rastreio (exames) da gravidez completo sugeridos pelo Ministério da Saúde	28	0,93	-	-
Variáveis - Local do Parto				
Segurança do local/domicílio de nascimento	27	0,90	-	-
O local/domicílio deve ter acesso fácil	29	0,96	-	-
Local de parto não deve ultrapassar mais de 30 minutos de deslocamento por ambulância para uma maternidade	28	0,93	-	-
Variáveis - Condições para transferência				
Ter preparado o plano de transferência, caso for necessário	30	1,00	-	-
Estar de acordo com a necessidade de transferência para antibiótico-terapia no hospital em caso de resultado positivo para o exame de estreptococos (do grupo B, EGB) vaginal após 18 horas de bolsa rota quando houver rastreamento	20	0,66	14	0,51
Estar de acordo com uso de ocitocina no pós-parto quando necessário	30	1,00	-	-
Não necessitar de métodos farmacológicos de alívio da dor ou uma epidural durante o trabalho de parto	23	0,76	-	-
Ter alguém que possa estar em sua casa durante as primeiras 24 horas após o nascimento	29	0,96	-	-
Ter suporte social adequado	28	0,93	-	-

antes, durante a após o parto				
-------------------------------	--	--	--	--

Fonte: Elaborada pela autora

Quadro 7 - Critérios de elegibilidade das mulheres para o atendimento do PDP que obtiveram consenso entre os especialistas. Florianópolis-SC, 2017.

Critérios – Gerais

Desejo da mulher

Gestante classificada como risco obstétrico habitual

Gestação única

Apresentação cefálica

Gestação a termo

A mulher e seu(sua) companheiro(a) devem estar de acordo e assinar o Termo de Consentimento Informado antes de iniciar o atendimento ao parto

Entrar em trabalho de parto sem o uso de medicações alopáticas

Critérios - História Obstétrica

Não deve ter antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar

Não deve ter Isoimunização em gravidez anterior ou atual

Critérios - Gestação Atual

Durante a gravidez atual a implantação e fixação da placenta não deve ser anormal (incluindo placenta prévia)

Não deve ter anormalidades pélvicas / uterinas significativas (tumores, malformações, etc.), nem anormalidades congênitas graves que afetam o parto

Não deve apresentar doenças como: cardíaca, pulmonar, tuberculose ou asma grave não controlada por medicação, doença renal, hepática, endócrina, distúrbios hematológicos significativos/coagulopatias ou doença neurológica

Não deve ter diabetes mellitus preexistente

Durante a gravidez atual não deve ter diabetes gestacional com glicemia descontrolada que requer medicação

Durante a gravidez atual não deve ter hipertensão e/ou pré-eclâmpsia

Não deve ter evidência laboratorial de proteinúria

Não deve apresentar anormalidades significativas ao funcionamento social/mental que afetam a gravidez, parto e/ou a capacidade de cuidar com segurança de um recém-nascido

Não deve ter doença psiquiátrica atual

Não deve ser portadora de doenças infecciosas

Não deve ter antígeno de superfície positivo para hepatite B

Não deve apresentar desnutrição severa

Durante a gravidez atual não deve ter suspeita de restrição de crescimento intra-uterino ou pequeno para idade gestação

Durante a gravidez atual não deve ter suspeitas de anormalidades fetais que requerem atenção pediátrica no nascimento

Não deve ter dependência de álcool ou drogas

Ter realizado o número recomendado de consultas pré-natais de acordo com a política do serviço de saúde e rastreio (exames) da gravidez completo sugeridos pelo Ministério da Saúde

Critérios - Local do Parto

Segurança do local/domicílio de nascimento

O local/domicílio deve ter acesso fácil

Local de parto não deve ultrapassar mais de 30 minutos de deslocamento por ambulância para uma maternidade

Critérios - Condições para transferência

Ter preparado o plano de transferência, caso for necessário

Estar de acordo com uso de ocitocina no pós-parto quando necessário

Não necessitar de métodos farmacológicos de alívio da dor ou uma epidural durante o trabalho de parto

Ter alguém que possa estar em sua casa durante as primeiras 24 horas após o nascimento

Ter suporte social adequado antes, durante a após o parto

Fonte: Elaborado pela autora

Na avaliação geral deste instrumento contendo os critérios de elegibilidade das mulheres para o atendimento do PDP que obtiveram consenso entre os especialistas obteve-se um IVC do instrumento de 0,83.

DISCUSSÃO

Os especialistas que participaram deste estudo possuem um bom tempo de experiência prática neste tipo de atendimento, sendo que 50% deles têm atuação há pelo menos de 5 a 7 anos, e 40% atua há quase 10 anos ou mais com PDP. Diante deste quadro, percebemos que tratam de especialistas com habilidade e conhecimento na temática.

Todos os participantes eram do sexo feminino, apesar de terem sido convidados 3 profissionais homens nenhum participou do estudo. Outros estudos como os de Frank e Pelloso (2013) e Mattos; Vandenberghe e Martins (2014) que pesquisaram sobre os profissionais que atendem neste contexto também encontraram quase em sua totalidade a predominância dos profissionais do sexo feminino podendo estar associado ao fato de a profissão de enfermeiro, e principalmente a especialidade obstétrica, historicamente ser realizada pelas mulheres.

A idade dos especialistas variou entre 30 até 57 anos de idade e um pouco mais de 70% eram enfermeiras obstétricas, 2 eram obstetrias

e ainda este estudo contou com a participação de quatro médicas, sendo uma delas pediatra que atua conjuntamente com uma equipe de PDP, sendo este um fato raro, posto que não há relatos de outros pediatras atuando neste contexto no Brasil.

Este trabalho contou com maioria dos especialistas participantes da região sul do país, 60% e nenhum profissional da região norte; porém houve ao menos 2 profissionais representando as outras regiões do país. Em recente estudo de Koettker (2016) observou-se também um perfil dos profissionais envolvidos com PDP no Brasil onde a maioria é enfermeiro obstetra (74%), seguida pelo médico obstetra (20,2%) e obstetrizas (3,8%). Além disto, das 36 equipes de atendimento ao PDP que participaram de sua pesquisa, seis eram 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.

Importante destacar que todos os profissionais incluíram formações adicionais que auxiliam na sua prática assistencial quando questionados se os mesmos gostariam de acrescentar outra formação profissional demonstrando um interesse destes profissionais pela busca constante por aprimoramento e atualizações em sua profissão.

Em relação a avaliação dos profissionais, relativo ao instrumento contendo critérios de elegibilidade para as mulheres no PDP, percebemos que as variáveis consideradas como Aspectos Gerais obtiveram alto índice de consenso. O “Desejo da mulher” foi consenso entre todos especialistas. Este é considerado um dos fundamentais fatores para promover a humanização do parto. Sendo um direito respaldado pelo princípio de autonomia de escolha ao local de parto pela mulher segundo a *World Health Organization* (WHO, 1996) juntamente com outras diversas organizações de saúde como *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2017); *International Federation of Gynaecologists and Obstetricians* (FIGO, 1992); *American College of Nurse Midwives* (ACNM, 2005), a *American Public Health Association* (APHA, 2001), o e o *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG, 2007), reconhecem o desejo da mulher como primordial no processo do cuidado.

O desejo da mulher está intimamente ligado com a escolha informada e o uso do Termo de Consentimento Informado, que por sua vez teve também consenso absoluto entre os especialistas na variável “A mulher e seu(sua) companheiro(a) devem estar de acordo e assinar o

Termo de Consentimento Informado antes de iniciar o atendimento ao parto”.

O uso do Termo de Consentimento Informado no Brasil pode ser considerado relativamente novo. Primeiramente, havia o dogma de que o paciente/cliente não poderia participar de uma decisão médica. Existia um entendimento de que, devido ao conhecimento do *expert*, o paciente/cliente não poderia opinar ou interferir no procedimento a que se submeteria. Contudo, com o transcorrer do tempo, vem ocorrendo mudanças fortes nesta relação médico/paciente (BOCCACIO, 2013).

Boccacio (2013) esclarece que o Termo de Consentimento Informado tem como objetivo proteger a dignidade da pessoa humana, a autonomia verdadeira e a beneficência; tem como finalidade o exercício do direito fundamental à integridade física e moral da pessoa/cliente. Nele as informações devem ser expostas de forma clara e completa, isento de dúvidas e deve indicar as vantagens e os riscos do tratamento ou da intervenção (BOCCACIO, 2013).

Ademais, cabe ao profissional informar o paciente ou familiar acerca do procedimento a ser realizado. Deve ser um processo de diálogo, de recíprocas trocas informações entre profissional e paciente/cliente para, assim, iniciar o cuidado. Essas informações devem ser transmitidas de forma clara e precisa ao paciente/cliente, possibilitando que este consiga avaliar os benefícios, riscos e chances do tratamento (BOCCACIO, 2013).

No entanto, para que o termo de consentimento informado tenha valor legal, torna-se necessária a plena capacidade civil do paciente/cliente, ou, nos casos em que a pessoa é incapaz ou relativamente incapaz, é obrigatória a presença do representante legal como por exemplo, no caso do Brasil, as pessoas se tornam capazes quando completam 18 anos de idade, conforme previsto no artigo 5º do Código Civil brasileiro (BOCCACIO, 2013).

Esse fato sugere uma reflexão sobre o critério de elegibilidade das mulheres para o PDP, em relação a idade mínima para atendimento ao PDP, por exemplo, sendo assim importante um responsável legal caso a idade da mulher for menor que 18 anos.

Outrossim, foi observado durante a leitura dos guias/protocolos internacionais que há um reconhecimento da importância do princípio de autonomia das mulheres e do dever dos profissionais no processo de diálogo, de recíprocas trocas informações entre o profissional e as mulheres. Sendo afirmado, que os profissionais reconhecem os clientes como responsáveis primários em seus cuidados de saúde e os apoiam na

escolha do cenário mais apropriado para o nascimento. Devem também fornecer aos clientes as informações necessárias para tomada de decisões informadas e compartilhada (*College of Midwives of Ontario - CMO*, 2014; *CMBC*, 2013; *Royal College of Midwives-RCM*, 2017; *VOS*, 2015)

Em relação a variável gestante classificada como risco habitual (baixo risco), optou-se por usar como principal referência os documentos nacionais sobre classificação de risco em obstetrícia, pois legalmente as práticas obstétricas devem ser pautadas nessas diretrizes, assim como nas mais atuais evidências. No Brasil, a classificação de risco obstétricos são descritos através do Caderno de Atenção Básica - CAB (BRASIL, 2013), e mais recentemente, pelo Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres - PAB (BRASIL, 2016). Porém, essas diretrizes são voltadas a classificação geral das mulheres considerando que elas irão parir em ambiente hospitalar e não domiciliar.

Outro recente documento também disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS) é o “Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia” (BRASIL, 2014), sendo também destinado apenas para a classificação no ambiente hospitalar, ou seja, no setor Terciário de Atenção à Saúde e não na Atenção Básica (AB) como as descritas pelos outros dois documentos.

O objetivo da classificação de risco obstétrico é identificar os fatores de risco gestacional o mais precocemente possível com finalidade de reduzir a morbimortalidade materno-infantil e ampliar o acesso com qualidade, agilizar o atendimento e definir a necessidade de cuidado e da densidade tecnológica que devem ser ofertadas às usuárias em cada momento; sendo indispensável que a avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta e somente pode ser confirmada ao final do processo gestacional, após o parto e o puerpério (BRASIL, 2013; 2016).

A gestação classificada de risco habitual deve ser acompanhada pela Rede de Atenção Básica a Saúde e, portanto, pode ser acompanhada por profissionais habilitados para exercerem tais funções, sendo considerados eles os médicos, enfermeiras e obstetrias. Os profissionais devem estar cientes desta classificação buscando orientar o atendimento das mulheres nos serviços de saúde existentes pelos riscos apresentados, pela complexidade dos problemas e pelo acúmulo de conhecimento, saberes e de tecnologias exigidas para cada solução (BRASIL, 2012; 2013; 2016).

Em todos guias/protocolos encontrados nacional e internacionalmente, o critério de elegibilidade “Gestação de risco habitual” estava explícito e, este foi também considerado consenso de forma unânime entre os especialistas.

Cook, Avery e Frisvold (2014) enfatiza que uma distinção entre critérios de gestação de risco habitual e alto risco são fundamentais para estabelecer as diretrizes internacionais para o PDP. O autor sugere que seria vantajoso para os especialistas em obstetrícia nos Estados Unidos (local do estudo) definirem o mais rápido possível o que é uma gestação de risco habitual para o PDP, pois em seu país também, assim como no Brasil, ainda não existem diretrizes reconhecidas e utilizadas nacionalmente para o PDP. E finaliza sugerindo que por enquanto, poder-se-ia ser considerado as definições já estabelecida internacionalmente (COOK; AVERY; FRISVOLD, 2014).

Nos documentos do MS, considera-se fatores de risco indicativos para encaminhamento ao pré-natal de alto risco os relacionados às *condições prévias* da mulher como por exemplo: cardiopatias, pneumopatias graves, nefropatias graves, endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo), doenças hematológicas, doenças neurológicas (como epilepsia), alterações genéticas maternas, ginecopatias (malformação uterina, tumores anexiais e outras), doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.), doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses), alterações genéticas maternas, antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar, ginecopatias (malformação uterina, tumores anexiais e outras), portadoras de doenças infecciosas, anemia grave (hemoglobina < 8), isoimunização Rh, qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado (BRASIL, 2013; 2016).

Estes fatores convergem com os mesmos critérios julgados elegíveis para as mulheres para o PDP observados neste estudo, em diferentes variáveis que apontam condições e doenças prévias da mulher que determinam que a mulher não deve realizar um PDP.

Contudo observou-se controvérsias em relação a alguns fatores classificados como alto risco pelo MS e os critérios sugeridos e que foram julgados e não obtiveram consenso entre os especialistas sendo excluídos dos critérios de elegibilidade das mulheres para PDP neste estudo, conforme descrito a seguir.

Segundo o CAB (2013) e PAB (2016) são classificadas como gestação de alto risco as mulheres com história obstétricas que tiveram

morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida, esterilidade/infertilidade, abortamento habitual e também aquelas que na gestação atual apresentam polidrâmnio ou oligodrâmnio e infecção urinária de repetição (BRASIL, 2013; 2016). Entretanto, esses critérios não obtiveram consenso entre os especialistas quando questionados através das variáveis - “Não deve ter história do parto prematuro do infante, morte inexplicada”, “Não deve ter gravidez por tecnologia de reprodução assistida”, “Não deve ter história de abortos espontâneos repetidos e/ou dois ou mais abortos espontâneos tardios”, “Durante a gravidez atual não deve ter polidramnia ou oligodramnia” e “Não deve ter tido infecção urinária de repetição durante a gravidez atual” - mesmo sendo esses critérios considerados de gestação de alto risco. Porém, ressalta-se que os motivos pelos quais esses cinco critérios foram controversos em relação a classificação de risco não foram avaliados neste estudo.

Outra variável que obteve consenso entre os especialistas foi a gestação a termo, ou seja, quando a mesma se encontra igual ou maior que 37 semanas de gestação e menor que 42 semanas (entre 259 a 293 dias) de gestação (WHO, 2006; BRASIL, 2013; 2016).

A prematuridade e o pós datismo estão associadas principalmente aos riscos aumentados de morbidade para o bebê, pois está associado à morbidade e mortalidade significativas no início da vida com implicações significativas ao longo da vida para aqueles nascidos antes do tempo (SAIGAL; DOYLE, 2008) e ocasiona alta incidência de intercorrências obstétricas, levando a complicações maternas e fetais como riscos aumentados de presença de líquido amniótico meconial espesso, síndrome de aspiração de mecônio, distocia de ombro e morte neonatal (WHO, 2006; CAUGHEY et al., 2007; DELANEY et al., 2008; HEIMSTAD; ROMUNDSTAD; SALVESEN, 2008).

Segundo o MS, para os casos em que não há necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica em saúde e nos quais a morbidade e a mortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral, as gestações podem continuar a ser consideradas como de risco habitual sendo recomendada continuidade do pré-natal na AB (BRASIL, 2013; 2016), podendo ser considerada como risco moderado. Alguns desses fatores são: “idade menor que 15 anos desde que ausente risco psicossocial”, “IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade (sem ser obesidade mórbida)” e história de intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos, nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos), cirurgia

uterina anterior, cesárea anterior, três ou mais cesarianas (BRASIL, 2013; 2016).

Da mesma forma os critérios sugeridos e que não são considerados impedimento para PDP pelos especialistas, neste estudo, foram: “Gestante deve ser múltipara com partos vaginais prévios”; “Não deve ter cesariana prévia”; “Não deve ter história de 3 ou mais cesarianas anteriores”; “Deve ter mais de um ano entre o último parto até a data provável de parto na gestação atual”; “Ter menos de 5 nascimentos anteriores, independentemente da via”. No entanto, as implicações para o momento do parto devem ser levadas em consideração quando o ambiente é domiciliar, principalmente em relação tempo de deslocamento até o local o hospital.

Entre estas variáveis, destaca-se o fato da indicação de um parto vaginal após cesariana (*Vaginal Birth After Cesarean – VBAC*) onde os especialistas julgaram que este não seria um impeditivo para o PDP. Segundo CAD (2013) a cesárea prévia é considerada indicação relativa de cesariana (BRASIL, 2013), porém já o PAB (2016) deixa clara que a cesariana prévia não é indicação de cesariana e indica uma conduta individualizada para aquelas com duas ou mais cesariana anteriores (BRASIL, 2016).

Estudos internacionais debatem os riscos e benefícios de um VBAC. O estudo de Guise e colaboradores (2010) evidencia o VBAC como uma escolha segura para a maioria das mulheres com uma incisão uterina em seguimento baixo ventre anterior, e as taxas globais de complicações maternas e perinatais são consideradas baixas, assim como para as cesarianas eletivas de repetição (GUISE et al., 2010).

E ainda, embora a evidência quanto ao resultado das cesarianas múltiplas seja limitada, meta-análises identificam uma série de relações associadas a partos múltiplos por cesariana: Hemorragia/transusão: apesar das taxas globais de hemorragia e transfusão com cesariana múltipla foram inferiores a 5%, o risco parece aumentar com o número de cesarianas (GUISE et al., 2010). A incidência de aderências aumenta com o número de cesáreas, podendo assim aumentar o risco de uma cesárea repetida mais difícil, complicações pós-operatórias ou complicações com futuras cirurgias ginecológicas (SOLHEIN; ESAKOFF, 2011; SILVER et al., 2006). Lesão vesical, intestinal e do ureter são resultados raros que parecem aumentar com cesariana múltipla (GUISE et al., 2010). Incidência de desprendimento placentário e placenta prévia e risco concomitante de morbidade para mãe e feto

aumenta com o número de cesariana anterior (SOLHEIN; ESAKOFF, 2011).

No Brasil, as instituições hospitalares adotam o critério de duas cesáreas prévias já ser um critério de exclusão para um parto vaginal. Apesar de neste estudo foi utilizada o critério de 3 ou mais cesáreas anteriores conforme os protocolos internacionais.

Pesquisa sugere aumento do risco de placenta acreta com cada cesariana (SILVER, 2010). Sendo que, em um grande estudo observacional, a incidência de placenta acreta foi de 0,24% nas mulheres que tiveram sua primeira cesariana e 2,13%, 2,33% e 6,74% para a quarta, quinta e sexta ou mais cesariana, respectivamente (SILVER et al., 2006). A morbidade materna e perinatal atribuível à placenta acreta é substancial: hemorragia anteparto e complicações associadas, incluindo coagulação intravascular disseminada, choque e morte. Placenta acreta é a indicação mais comum para a histerectomia associada a cesariana (SHELLHAAS et al., 2009).

A apresentação cefálica obteve consenso de forma unanime entre as especialistas para ser considerado um critério de elegibilidade das mulheres para PDP. Sendo que a má apresentação fetal, geralmente é uma contraindicação para o PDP devido ao aumento do risco de comprometimento fetal ou lesões e maior necessidade de intervenção médica.

No entanto, os profissionais que atendem PDP devem estar treinados e equipados para manejar os partos pélvicos surpresas que possam ocorrer e organizar plano de transferência em tempo hábil avaliando o estágio do trabalho de parto (DAVISS; JOHNSON; LALONDE, 2010; LOUWEN et al., 2017).

Da mesma forma, foi considerada consenso entre todos especialistas “entrar em trabalho de parto sem o uso de medicações alopáticas”, “durante a gravidez atual a implantação e fixação da placenta não deve ser anormal (incluindo placenta prévia)” e “não deve ter dependência de álcool ou drogas” como critério de elegibilidade, devido ao aumento do risco de morbimortalidade para mulheres e RN, entre eles, pelos possíveis efeitos adversos do uso de medicações alopáticas (SOUZA; AMORIM; NETO, 2010); pelos riscos de hemorragias, de malformação, redução de peso fetal, restrição de crescimento intrauterino, taquicardia, redução do fluxo placentário, entre outros (BRASIL, 2016).

Outra variável, que atingiu o consenso entre os especialistas, foi “ter realizado o número recomendado de consultas pré-natais de acordo

com a política do serviço de saúde e rastreio (exames) da gravidez completo sugeridos pelo MS”. Segundo a WHO (1996), o número adequado seria igual ou supe

rior a 6 (seis). As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo e não existe alta do pré-natal (BRASIL, 2013). O objetivo da assistência ao pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um RN saudável, diminuir o impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2013; 2016).

Observa-se que as equipes que atendem PDP realizam as consultas de pré-natal com as mulheres tanto para avaliação das condições e evolução da gestação, como para orientações e preparo para o parto, e ainda garantir vínculo com o casal (COLLAÇO, 2013).

As variáveis correlacionadas ao “Local do parto” e “Condições para transferência” também obtiveram consenso entre os especialistas. De acordo com a WHO o parto domiciliar seguro deve ocorrer em um local que se tenha acesso a um centro de referência para o caso de necessidade de uma transferência (WHO, 2004). O *Collaboration. Home Birth Consensus Summit* (2015) declara que a colaboração dentro de um sistema integrado de cuidado maternos é essencial para resultados satisfatórios da mãe e bebê.

Todas as mulheres e famílias que procuram um PDP devem ter direito a consultas, encaminhamento, transporte e transferência de cuidados quando necessários respeitáveis, seguras e com a garantia 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. Quando o diálogo e a cooperação interprofissionais em curso ocorrem, todos se beneficiam (DE JONGE et al., 2014; VEDAM et al., 2014; Collaboration Home Birth Consensus Summit, 2015).

Entretanto, estudos recentes apontam que a transferência é a maior dificuldade relatada pelos profissionais de saúde devido à falta de colaboração interprofissional, o desrespeito, o preconceito e o autoritarismo dos profissionais que recebem essas mulheres nos hospitais, além da experiência dos sentimentos de frustração, desânimo, a culpa, a revolta e o inconformismo vividas pelas mulheres e os profissionais; da medicalização da assistência, da privação do contato pele a pele e do assistência ríspido com o RN, e do impedimento do acompanhamento e a permanência dos profissionais (especialmente as enfermeiras obstétricas e obstetrizas) após a internação, estão elencada

entre as barreiras que os profissionais enfrentam para o atendimento no domicílio (VEDAM et al., 2009; BURIGO, 2013; OBOYLE, 2013; KOETTKER, 2016).

Harris e colaboradores (2011) indicam que o PDP que ocorrem em pontos mais remotos deve-se levar em conta a distância e serem mais cautelosas as tomadas de decisão sobre a transferência. Idealmente, a mulher deve ser transferida para uma unidade obstétrica dentro de 30 a 40 minutos do atendimento ao serviço de ambulância solicitando a transferência (HARRIS et al., 2011).

Sendo que, o estudo de Rowe e colaboradores (2013), na Inglaterra, conclui que as transferências de casa para o hospital geralmente levam até 60 minutos da decisão de transferência, para a primeira avaliação em uma unidade obstétrica, mesmo para transferências por razões potencialmente urgentes. A maioria das transferências não são urgentes e as emergências e os resultados adversos são incomuns, mas a transferência urgente é mais provável para as mulheres nulíparas e que os atrasos de transferência contribuem para os maiores riscos perinatais observados em mulheres nulíparas. Observa-se que nas mulheres que deram à luz nos 60 minutos após a transferência, os resultados adversos neonatais ocorreram em 1-2% das transferências (ROWE et al., 2013).

Com isto Rowe et al (2013) sugerem que particularmente as mulheres que têm um primeiro bebê, precisam estar preparadas para a possibilidade de transferência e devem receber informações diretas sobre a possível duração da transferência, incluindo o tempo necessário para providenciar a transferência e aguardar o transporte. Burigo (2013) também sugere que para as mulheres que optam por PDP faz-se necessário a melhor preparação no pré-natal possível para que essa transferência seja vivenciada de forma menos negativa.

As variáveis “Ter alguém que possa estar em sua casa durante as primeiras 24 horas após o nascimento” e “Ter suporte social adequado antes, durante a após o parto” foram também consenso dos critérios de elegibilidade que devem ser considerados. O suporte contínuo principalmente nas primeiras 24 horas após o parto deve ser promovido a fim de proporcionar o sucesso nesse início do período adaptativo do puerpério e o estabelecimento do vínculo mãe-bebê, conforto materno (suporte físico e emocional), amamentação importantes fatores a serem conquistados após os intensos períodos que se sucederam (trabalho de parto e parto) (PEREIRA et al., 2012).

Importante destacar que as equipes que trabalham com PDP no

Brasil realizam consultas no pós-parto, retornando à casa da família dentro das primeiras 24h após o nascimento, também realizam mais 3 ou mais consultas subsequentes a fim de dar suporte físico e emocional às mulheres e seus bebês e avaliação clínica geral do binômio, realizando avaliação da perda ponderal, ganho de peso, avaliação física e neurológica geral do RN, suporte a amamentação entre outros (KOETTKER et al., 2012; COLLAÇO, 2013)

O uso de ocitocina no pós-parto quando necessário, ou profilático foi levado em consideração pelos especialistas e obteve consenso como um critério de elegibilidade, sendo que a mulher deve estar de acordo com tal procedimento. Tal indicação, deve-se ao fato das evidências científicas apontarem uma redução da incidência de hemorragia pós-parto quando utilizado a ocitocina no terceiro estágio do parto, reduzindo os danos maternos (WHO, 2012; WESTHOFF et al., 2013).

Por fim, as variáveis que não obtiveram consenso entre os especialistas podem estar associadas a um maior risco de morbimortalidade para a mulheres e/ou RN, ou ainda estão sobre investigação e necessitam de evidências atualizadas para serem classificados como risco aumentado, entre elas citamos: “Não deve ter anemia - hemoglobina inferior a 10g/dl observadas no último exame realizado na gestação”, “Índice de massa corporal é <35 kg/m² ou peso materno inferior a 100 kg”, “Durante a gravidez atual não deve ter Macrosomia suspeita” e “Não deve ter diabetes gestacional mesmo que com glicemia controlada apenas por dieta”.

A anemia pode ser definida como um estado de deficiência de hemoglobina no sangue circulante para o transporte do oxigênio requerido para a atividade normal de um indivíduo, causando uma inadequada oxigenação tecidual resultante de uma deficiência na captação, transporte, distribuição e/ou liberação de oxigênio (WINTROBE; LUKENS; LEE, 1993; WHO, 2001). Podendo causar baixo peso no bebê, dificuldades de crescimento, partos prematuros e abortos, mortalidade perinatal, infecção puerperal, entre outros (*Centers for Diseases Control and Prevention - CDC, 1998; United Nations Children's Fund - UNICEF, 1989; WHO, 2001*).

Os níveis de hemoglobina devem ser rastreados o mais precocemente possível e novamente com aproximadamente 28 semanas de gestação. Durante a gestação a anemia é definida com os valores de hemoglobina abaixo de 11mg/dl, sendo considerados os níveis entre 8 e 11mg/dl como anemia leve e moderada e abaixo de 8mg/dl anemia grave. Esta classificação é importante, pois a anemia gestacional;

admitindo um limite inferior, em torno de 10,3 g/dl entre 20 e 24 semanas de gestação, o que corresponderia a meados do segundo trimestre (CDC, 1998; UNICEF, 1989; WHO, 2001; BRASIL, 2012; 2013).

Marinho e Chaves (2002) consideram anemia na gestação quando a concentração de hemoglobina está abaixo de 11,0 g/dl ao término do primeiro trimestre e abaixo de 10,0 g/dl, no segundo e terceiro trimestres (CDC, 1989; WHO, 2001).

A obesidade está associada a uma frequência mais alta de distocias de ombro, diabetes e hipertensão e a um risco maior de cesariana. Por outro lado, na gestante com baixo peso há um risco maior de parto prematuro (BRASIL, 2013). Sendo a mulher com obesidade mórbida considerada gestação alto risco segundo o MS e deve ser reportada ao nutricionista (BRASIL, 2016).

São considerados obesidade e sobrepeso $IMC \geq 30\text{kg/m}^2$ e entre 25-29,9 kg/m^2 , respectivamente e devem ser investigados fatores associados, edema, polidramnia, macrossomia ou gravidez múltipla e ainda serem fornecida orientação nutricional à gestante (BRASIL, 2013).

O melhor entendimento possível a respeito das implicações das histórias obstétricas para a gestação atual deve fazer parte da anamnese das mulheres a fim de aprimorar a classificação de risco (BRASIL, 2013; 2016). Neste sentido, destaca-se que ainda são necessárias maiores investigações a fim de entender as implicações relacionadas a escolha do local de parto e os desfechos maternos e neonatais.

Sugere-se uma atenção e discussão maior sobre os riscos moderados (Diabetes Gestacional controlada por dieta, sem ademais riscos associados, por exemplo), pois nesses casos poderiam ser encaminhados para especialistas médicos parceiros da filosofia do direito de escolha da mulher sobre o local de parto, como ocorre na Inglaterra, Irlanda e Canadá. Criando um serviço colaborativos a fim de se estabelecer a melhor conduta (reavaliação do risco obstétrico), apoiada na escolha informada e na responsabilidade compartilhadas entre profissional e a família.

Faz-se necessário uma discussão mais aprofundada sobre a classificação de risco das mulheres em determinados critérios, e sobre a busca de um sistema colaborativo, como ocorre na Holanda, Nova Zelândia, Inglaterra e Canadá; onde a partir da classificação de risco das mulheres para o PDP possam ocorrer consultorias, encaminhamentos para reavaliação do risco e transferência de cuidados. Assim, cada

profissional compreende melhor o seu papel e seu potencial no processo de cuidado.

Sugere-se uma atenção e discussão maior sobre os riscos moderados (Diabetes Gestacional controlada por dieta, sem ademais riscos associados, por exemplo), pois nesses casos poderiam ser encaminhados para especialistas médicos parceiros da filosofia do direito de escolha da mulher sobre o local de parto. Cria-se um serviço colaborativos a fim de se estabelecer a melhor conduta (reavaliação do risco obstétrico), apoiada na escolha informada e na responsabilidade compartilhadas entre profissional e a família.

As limitações do estudo correspondem à técnica de seleção de juízes, pois não existe um sistema formal de cadastro destes profissionais, o que impossibilitou a inclusão de um número maior de juízes de diferentes regiões do país e também da região norte.

CONCLUSÃO

Neste estudo, foi construído e validado o conteúdo de um instrumento que contém os critérios de elegibilidade das mulheres para o atendimento ao PDP no Brasil. Este contou com profissionais habilitados para atender parto e julgados especialistas, principalmente pelo seu tempo de atuação e sua contínua formação e ampliação do conhecimento prático neste ambiente diferenciado em nosso país. Ademais é necessário pensar em formas de divulgação de tal instrumento para que o mesmo possa ser aplicado efetivamente na prática e também realizar pesquisas para avaliar os desfechos maternos e neonatais após aplicação deste instrumento. O aprimoramento desse conhecimento acarreta em uma assistência mais segura e de qualidade a mulheres e acompanhantes que optam pelo PDP.

A classificação de risco obstétrico é o principal fator a ser considerado para que ocorra a correta e contínua avaliação das mulheres durante todo processo de cuidado. Pode se observar que a base para a satisfatória elegibilidade das mulheres para o PDP se dá diante do correto levantamento de classificação de risco durante todos os momentos do acompanhamento, pré-natal, intraparto e pós-parto, levando-se em consideração também aspectos para além dos já utilizados nos ambientes hospitalares. Ou seja, levar em consideração, o plano de transferência bem estabelecido, tempo do deslocamento, suporte após o parto, disponibilidade de estabelecer responsabilidade pela escolha; estado emocional da mulher/acompanhante, não necessitar

utilização de métodos farmacológicos de alívio de dor, visto que todos esses critérios foram julgados e obtiveram consenso entre os especialistas neste estudo.

É necessário pensar em formas de divulgação de tal instrumento para que o mesmo possa ser aplicado efetivamente na prática e também realizar pesquisas para avaliar os desfechos maternos e neonatais após aplicação deste instrumento. O aprimoramento desse conhecimento acarreta em uma assistência mais segura e de qualidade a mulheres e acompanhantes que optam pelo PDP.

REFERÊNCIAS

ACKERMANN-LEIBRICH, U.; VOEGELI, T.; GUNTERWITT, K.; KUNZ, I.; ZULLIG, M.; SCHINDLER, C.; MAURER, M. Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome. **Br Med J**. v. 7066. n. 313, p. 1313-1318, 1996.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Committee on Obstetric Practice. Committee opinion no. 697: planned home birth [published correction appears in **Obstet Gynecol**. v. 129, p. 117-122, aug. 2017.

ALEXANDRE, N.; COLUCI, M. Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.7, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>> Acesso em: 21 dez 2016.

AMERICAN COLLEGE OF NURSE-MIDWIVES. **American college of nurse-midwives position statement on home birth**. 2005. Disponível em: <<http://www.midwife.org/siteFiles/position/homeBirth.pdf>> Acesso em: 21 set 2016.

AMERICAN PUBLIC HEALTH. Increasing access to out-of-hospital maternity care services through state-regulated and nationally-certified direct-entry midwives. **APHA Public Policy Statements** [Internet]. 1-3 p, 2001. Disponível em:< <http://mana.org/APHAformatted.pdf>> Acesso em: 21 set 2016.

AMELINK-VERBURG, M. P.; BUITENDIJK, S. E. Pregnancy and labour in the Dutch maternity care system: what is normal? The role division between midwives and obstetricians. **J Midwifery Womens Health**. v. 55, n. 3, p. 216-225, 2010.

ANADOLF, E.; THORSELL, M.; KALLEN, K. Cesarean delivery and risk for postoperative adhesions and intestinal obstruction: a nested case-control study of the Swedish Medical Birth Registry. **Am J Obstet Gynecol**. v. 203, n. 4, p. 406e1-406.e6, out. 2010.

ANDERSON, R. E.; MURPHY, P. A. Outcomes of 11,788 planned home births attended by certified nurse-midwives: a retrospective descriptive study. **J Nurs Midwif**. v. 40, n. 6, p. 483-92, 1995.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **Policy statement on planned home birth**. **Pediatrics**. Estados Unidos da América, 2013. 131 v, 1016-20 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS E OBSTETRIZES DE SANTA CATARINA. **Diretrizes para o atendimento do Parto Domiciliar Planejado em Santa Catarina**, 2017.

ASSOCIATION OF ONTARIO MIDWIVES. **Clinical Practice Guideline no 10 - Management of the uncomplicated pregnancy beyond 41+0 Weeks Gestation**. 2007. Disponível em: <<http://www.ontariomidwives.ca>> Acesso em: 21 set 2016.

ASSOCIATION OF ONTARIO MIDWIVES. **Clinical Practice Guideline no.14 – Vaginal Brith after Previous Low-segment Caesarean Section**. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. 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, 2012. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf>
Acesso em: 20 jun 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. Brasília, 2013. (Caderno de Atenção Básica n. 32). Disponível em: <<http://goo.gl/ZhsG6p>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC/Dados preliminares Situação da base nacional em 30/10/2016**, 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/pnvuf.def>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, p. 230, 2016.

BOCCACIO, R. Do termo de consentimento informado em face da responsabilidade civil médica. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 18, n. 3745, 2 out. 2013. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/25435>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

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: 10 ago. 2016.

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.

CALIFORNIA COLLEGE OF MIDWIVES. **Standards & Guidelines.** To define and clarify Criteria for Client Selection for community-based midwifery care. Section II-A. de. 2004.

CARNEIRO, R. Parto domiciliar: ressignificação do doméstico e cromoterapias da intimidade. In: XXV SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA ANPUH. Universidade Federal do Ceará. **Anais...** Fortaleza, julho de 2009.

CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS. **Standardization of Care and Clinical Practice Guidelines: Improving Patient Outcomes.** 2013. Disponível em: <<https://www.nhlbi.nih.gov/health-pro/guidelines/about#cpg>> Acesso em: 06 ago. 2016.

CAUGHEY, A. B.; STOTLAND, N. E.; WASHINGTON, A.E.; ESCOBAR, G. J. Maternal and obstetric complications of pregnancy are associated with increasing gestational age at term. **Am. J. Obstet. Gynecol.** v. 196, n. 2, p. 155. e1-155.e6., feb. 2007.

CENTERS FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION. Current trends CDC criteria for anemia in children and childbearing-age women. **Mor Mortal Wkly Rep.** v. 38, p. 400-404, 1989.

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: 20 dez. 2016.

COLACIOPPO, P. M. et al. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Referência.**, Coimbra, v. 3, n. 2, p.81-90, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S08740283201000040009&script=sciarttext>>. Acesso em: 14 ago. 2017.

COLLABORATION. HOME BIRTH CONSENSUS SUMMIT. 2015. out. 2017. Disponível em: <<http://www.homebirthsummit.org/action-groups/collaboration>> Acesso em: 21 set 2016.

COLLEGE OF MIDWIVES OF BRITISH COLUMBIA. **Home Birth:** Handbook for Midwifery Clients. Vancouver, BC, Canada: CMBC. Registrant's Handbook. 2010. Disponível em: <<https://semiahmoomidwives.com/wp-content/uploads/2016/04/Homebirth-Handbook-2010.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

COLLEGE OF MIDWIVES OF BRITISH COLUMBIA. Midwifery model of practice. **Vancouver, BC, Canada:** College of Midwives of British Columbia. 2013. Disponível em: <<http://cmhc.bc.ca/>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

COLLEGE OF MIDWIVES OF ONTARIO. **Standars of practice.** Ontario, Canada: College of Midwives of Ontario. 2014. Disponível em: <<http://www.cmo.on.ca/quality-assurance/standards-of-practice/>>. Acesso em: 17 nov 2016.

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.

DAVIES, J.; HEY, E.; REID, W.; YOUNG, G. Prospective regional study of planned home births. **Br Med J**. v. 7068, n.313, p. 1302-1306, 1996.

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. 111–119, jun. 2011.

DAVIS, D. et al. Risk of severe postpartum hemorrhage in low-risk childbearing women in New Zealand: exploring the effect of place of birth and comparing third stage management of labor. **Birth**. v. 39, n. 2, p. 98–105, jun 2012.

DAVISS, B. A.; JOHNSON, K.C.; LALONDE, A.B. Evolving evidence since the term breech trial: Canadian response, European dissent, and potential solutions. **J Obstet Gynaecol Can.** v. 32, p. 217–224, mar. 2010.

DECLERCQ, E. R. Midwifery care and medical complications: the role of risk screening. **Birth** v. 22, n. 2, p. 68-73, 1995.

DECLERCQ, E. et al. **Home Birth.** Base de dados UpToDate, 2008.

DE JONGE, A. et al. 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, 2014. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3995441/>. Acesso em: 05 out. 2017.

DE JONGE, A. et al. 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. 122, n. 5, p. 720-728, abr. 2015.

DELANEY, M. et al. Maternal Fetal Medicine Committee. Guidelines for the management of pregnancy at 41± 0 to 42±0 weeks. **J Obstet Gynaecol Can.** v. 30, n. 9, p. 80-230, 2008.

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES. **Implementing a public home birth program – Guidance for Victorian public health services.** Victoria State Government: Victoria, Melbourne. Ago. 2015. Disponível em: <https://www2.health.vic.gov.au/about/publications/policiesandguidelines/implementing-public-home-birth-program> >. Acesso em: 01 out. 2016.

FEIGHTNER, J. W. Routine iron supplementation during pregnancy. In: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination: Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa: **Health Canada.** p. 64-72, 1996. Disponível em: < www.ctfphc.org/ >. Acesso em: 07 out. 2017.

FEYER, I.S.S; MONTICELLI, M; VOLKMER, C; BÚRIGO, R.A. Publicações científicas brasileiras de enfermeiras obstétricas sobre o parto domiciliar: revisão sistemática de literatura. **Texto Contexto Enferm** [online]. v. 22, n. 1, p. 47-56 Jan-Mar., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_30.pdf>. Acesso em: 12 ago 2017.

HEALTH SERVICE EXECUTIVE. **Policy to support Self-Employed Community Midwives to assess the eligibility and suitability of women for Inclusion/Exclusion for planned home birth with The Health Service Executive**. Sub-group of Clinical Governance Group. n.1, Dez. 2016.

INTERNATIONAL FEDERATION OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. **Recommendations accepted by the General Assembly at the XIII World Congress of Gynecology and Obstetrics** [Internet]. International Journal of Gynecology and Obstetrics. v. 38, p. s79-s80, 1992. 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: 04 nov 2017.

INTERNATIONAL FEDERATION OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. **Planned home birth. Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology**. The FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. p. 106-109. 2012.

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: 14 mar. 2017.

GEIST, M. R. Using the Delphi method to engage stakeholders: a comparison of two studies. **Eval Program Plann**. v. 33, n.2, p.147- 154, mai. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2009.06.006>>. Acesso em: 21 set 2016.

GUISE, J. M. et al. Vaginal birth after cesarean: new insights on maternal and neonatal outcomes, **Obstetrics & Gynecology**, v. 115, n. 6, p. 1267-1278, 2010.

GUTIERREZ, A. C. et al. Resultados perinatales de la conducta expectante en el manejo del embarazo prolongado. **Rev Cubana Obstet Ginecol**. v. 34, n. 1, 2008. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2008000100001&lnes.> Acesso em: 13 out.2017.

HARRIS, F. M. et al. The buck stops here: midwives and maternity care in rural Scotland. **Midwifery** v. 27, n. 3, p. 301–307, 2011.

HEIMSTAD, R.; ROMUNDSTAD, P. R.; SALVESEN, K. A. Induction of labour for post-term pregnancy and risk estimates for intrauterine and perinatal death. **Acta Obstet. Gynecol. Scand**. v. 87, n. 2, p. 247-249, 2008.

HEALTH SERVICE EXECUTIVE. **Policy to support Self-Employed Community Midwives to assess the eligibility and suitability of women for Inclusion/Exclusion for planned home birth with The Health Service Executive**. Sub-group of Clinical Governance Group. n.1, Dez. 2016. Disponível em: <<http://www.hse.ie/eng/services/list/3/maternity/New-Home-Birth-Policies-and-Procedures/HB004-Midwifery-Practice-Guidelines-HSE-Home-Birth-Service.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2017.

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, Canada, 2003-2006: a retrospective cohort study. **Birth**. v. 36, n. 3, p. 180–9, set. 2009.

HUTTON, E. K. The Safety of Home Birth. **JOGC**. v. 38, n. 6, p. 331–6, 2016a.

HUTTON, E. K. et al. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. **CMAJ**. 2016b v. 188, n. 5, p. E80–90, mar.2016b.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Consensus Report: Clinical Practice Guidelines We Can Trust**. Washington, DC: The National Academy of Sciences. 2001.

INTERNATIONAL STATISTICAL CLASSIFICATION OF DISEASES AND RELATED HEALTH PROBLEMS, 10th revision. Geneva, CH: World Health Organization, 2006.

JANSSEN, P. A. et al. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. **CMAJ**. v. 166, n. 3, p. 315–23, 2002.

JANSSEN, P. A.; LEE, S. K.; RYAN, E. R.; SAXELL, L. An evaluation of process and protocols for planned home birth attended by regulated midwives in British Columbia. **J Midwifery Womens Health**. v. 38, n.2, p. 138, 2003.

JANSSEN, P. A. et al. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. **CMAJ**. v. 181n. 6-7, p. 377–383, sep. 2009.

JONES, J.; HUNTER, D. Consensus methods for medical and health services research. **BMJ**. v. 311, n.7001, p.376-80. 1995.

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: 17 out. 2017.

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

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: 07 jul. 2016.

_____. 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: 30 jul. 2016.

KOETTKER, J. G.; BRUGGEMANN, O.; 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: 30 jul. 2016.

KOETTKER, J. G. Parto Domiciliar Planejado assistido por profissional qualificado nas regiões nordeste, centro-oeste, sudeste e sul do Brasil. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Catarina, Florianópolis.

LAGO, T. D. G. D.; LIMA, L. P. D. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: BRASIL (Ed.). **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, 2009.

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: 16 nov. 2016.

LESSA, H. F. **A saúde da mulher e a opção pelo parto domiciliar planejado.** Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

LINDGREN, H. E. et al. Praxis and guidelines for planned homebirths in the Nordic countries – An overview. **Sex Reprod Healthc**, v.5, n. 1,

p. 3-8, 2014. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24472383>>. Acesso em: 15 out 2017.

LOUWEN, F.; DAVISS, B.; JOHNSON, K.; REITTER, A. Does breech delivery in an upright position instead of on the back improve outcomes and avoid cesareans?. *Int J Gynecol Obstet.* v. 136, p.151–161, 2017.

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: 17 out. 2017.

MARINHO, H. M.; CHAVES, C. D. Hematopatias. In: **Rezende J. Obstetria.** 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. p. 436-46, 2002.

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=S169561412012000300016&script=sci_arttext&n=pt>. Acesso em: 20 ago. 2017.

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.

MEDICAL BOARD OF CALIFORNIA. **Practice Guidelines for California Licensed Midwives.** May. 2014. Disponível em:

<http://www.mbc.ca.gov/Licensees/Midwives/midwives_practice_guidelines.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2016.

MENEZES et al. A situação do parto domiciliar no Brasil. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador. v. 1, n. 1, p.3-43, dez. 2012.

MERCER, B. M. et al. Labor outcomes with increasing number of prior vaginal birth after cesarean delivery. **Obstet Gynecol.** v. 111, n. 2 Pt 1, p. 285-291, feb. 2008.

MURRAY-DAVIS, B. et al. Deciding on home or hospital birth: results of the Ontario Choice of Birthplace Survey. **Midwifery**. v. 30, n. 7, p. 869–876, jul. 2014.

NATIONAL INSTITUTE OF CLINICAL HEALTH STUDIES. **Do Guidelines Make a Difference to Health Care Outcomes**. 2006.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Caesarean section**. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2011.

NEW YORK STATE ASSOCIATION OF LICENSED MIDWIVES. **Guidelines for best practice: Planned Home Birth in New York State**. NYSALM. OUT. 2015. Disponível em: <<http://nysalm.org/wp-content/uploads/2016/10/HomeBirthGuidelines.pdf>> Acesso em: 11 nov. 2016.

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: 18 ago. 2017.

OSAVA, R. H.; TSUNECIRO, M. A; SAITO, E. A contribuição da enfermagem na promoção do parto natural. **Revista Conexão SEES**, São Paulo, v.29, p. 1-4. 2010.

PASQUALI, L. et al. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1995.

PEREIRA, M. C. et al. Sentimentos da puérpera primípara nos cuidados com o recém-nascido. **Cogitare Enferm.**, Alfenas, v. 17, n. 3, p.537-542, set. 2012. Disponível em: <ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/download/2929519047>. Acesso em: 17 nov. 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what’s being reported? Critique and recommendations. **Res Nurs Health**. v. 29, n. 5, p. 489-497, 2006. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16977646>> Acesso em: 11 nov. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Tradução de: THORELL, A. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface Comunic. Saúde. Educ.*, Botucatu (SP), v. 13, supl. 1, p.7 59-68, set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a11v13s1.pdf>>. Acesso em: julho de 2016

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. **Statement on the results of the NPEU birthplace study**. 2011. Disponível em: <<http://www.rcog.org.uk/what-we-do/campaigning-and-opinions/statement/rcog-statement-results-npeu-birthplace-study>> Acesso em: 21 set 2016.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. **Home Births [Internet]**. 1-6 p, 2007. Disponível em: <<http://www.rcog.org.uk/files/rcogcorp/uploadedfiles/JointStatementHomeBirths2007.pdf>> Acesso em: 21 set 2016.

ROWE, R. E.; FITZPATRICK, A. R.; HOLLOWELL, B. J.; KURINCZUK, A. J. J. Transfers of women planning birth in midwifery units: data from the Birthplace prospective cohort study. **BJOG**. v. 119, p. 1081–90, 2012.

ROWE, R. E. et al. Duration and urgency of transfer in births planned at home and in freestanding midwifery units in England: secondary analysis of the birthplace national prospective cohort study. **BMC Pregnancy and Childbirth**. v. 13. p.224. 2013.

ROUMEN, F. J.; LUYBEN, A. G. Safety of term vaginal breech delivery. *Eur. J. Obstet Gynecol Reprod Biol*. v. 40, p. 171-177, 1990.

ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. **Clinical practice and guidance**. 2017. Disponível em: <<https://www.rcm.org.uk/clinical-practice-and-guidelines>>. Acesso em: 16 out 2017.

RUBIO, D. M. et al. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Soc Work Res.** v. 27, n. 2, p. 94-104, 2003. Disponível em:

<<http://swr.oxfordjournals.org/content/27/2/94.full.pdf+html>.> Acesso em: 05 jul. 2017.

SAIGAL, S.; DOYLE, L. W. An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. *Lancet.* v. 371, n. 9608, p. 261-9, jan. 2008.

SANTOS, L. M. P. Organizador. Bibliografia sobre deficiência de micronutrientes no Brasil: 1990-2000. Brasília (DF): OPAS. v. 2, 2002.

SHELLHAAS, C. S. et al. The frequency and complication rates of hysterectomy accompanying cesarean delivery. *Obstet Gyneco* v. 114, n. 2 Pt 1, p. 224-229, ago 2009.

SHULTZ, N.; HARDING, C. Homebirth Team Standard Operating Protocol (CG520). **NHS Foundation Trust.** Version 3. 03 mar. 2017. Disponível em:

<http://www.royalberkshire.nhs.uk/Downloads/GPs/GP%20protocols%20and%20guidelines/Maternity%20Guidelines%20and%20Policies/Intrapartum/Homebirth%20Standard%20Operating%20protocol_V3.0_CG520.pdf.> Acesso em: 13 out. 2016.

SILVER, R. M. Delivery after previous cesarean: long-term maternal outcomes. **Semin Perinatol.** v. 34, n. 4, p. 258- 266, ago 2010.

SILVER, R.M. et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. **Obstetrics & Gynecology.** v. 107, n. 6, p. 1226 – 1232, jun 2006.

SIZER, P. J.; ARDIZZONE, S. A Clinical Guideline for: Planned Home Birth. Maternity Guidelines Committee. NHS Foundation Trust. Norfolk and Norwich University Hospitals. Version 4, p. 1-11, 10 nov. 2015.

Disponível em: <<http://www.nnuh.nhs.uk/.../planned-home-birth-management-mid2-v4/>.> Acesso em: 23 set. 2016.

SOLHEIM, K. N. et al. The effect of cesarean delivery rates on the future incidence of placenta previa, placenta accreta, and maternal mortality. **J Matern Fetal neonatal med**, 2011.

SOUTH AUSTRALIA HEALTH. **Policy for Planned Birth at Home in South Australia. Government Policy-South Australia**. Ago.2013. Disponível em:

<http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/76aaf1004f3219c488eefd080fa6802e/Planned+Birth+at+Home_in+South+Australia+2013_pg_v2.0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=76aaf1004f3219c488eefd080fa6802e>. Acesso em: 23 out. 2016.

SOUZA, A. S. R; AMORIM, M. M. R; NETO, C.N. Métodos farmacológicos de indução do trabalho de parto: qual o melhor?. *Femina*. v. 38. n. 5, p. 277-287. 2010.

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. 156 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005. Acesso em: 09 ago. 2016. Dissertação de mestrado. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PASO0165.pdf>>. Acesso em: 21 set 2016.

STEIN, A. Breech delivery – a cooperative nurse-midwifery medical management approach. **J. Nurse Midwifery**. v. 31, p. 93-97, 1986.

TORNQUIST, C. S. O parto humanizado e a REHUNA. In: **Seminário nacional de movimentos sociais, participação e democracia**, 2. 2007, Florianópolis. Anais...Florianópolis: NPMS, p.145-160, 2007.

_____. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n.2. p. 419-427, 2003.

UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND. **Preventing iron deficiency in women and children: technical consensus on key issues**. New York: O Fundo; 1998.

VEDAM, S.; KOLODJI, Y. Guideline for client selection in the home birth midwifery practice. **Journal of Nurse-Midwifery**. v. 40, n.6, p. 508-521, 1995.

VEDAM, S. Home birth versus hospital birth: questioning the quality of the evidence on safety. **Birth**. v. 30, n. 1, p. 57-63, mar.2003.

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. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12251/abstract;jsessioid=B4D3C43ECAB0A30838F67DBA73A4085F.f02t01>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

VIANA, P. A experiência de trabalho do Grupo Curumim com parteiras tradicionais. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, p. 209-214. 2010.

VOS, A. A. Strategies to Reduce Perinatal Health Inequalities - The Healthy Pregnancy 4 All study. 2015. PhD thesis, Erasmus University Rotterdam, The Netherlands.

WESTHOFF, G.; COTTER, A. M.; TOLOSA, J. E. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour. Cochrane Libery. Disponível em: <http://www.cochrane.org/CD001808/PREG_prophylactic-oxytocin-for-the-third-stage-of-labour> Acesso em: 02 nov. 2017.

WIEGERS, T. M. et al. Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in the Netherlands. **Br Med J**. v. 313, p. 1309-13, 1996.

WINTROBE, M. M.; LUKENS, J. N.; LEE, G. R. The approach to the patient with anemia. In: Lee GR, Bithell TC, Foerster J, Athens JW, Lukens JN. Wintrobe's Clinical hematology. 9. ed. London: Lea & Febiger. p. 715-44, 1993.

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

_____. **Iron deficiency anaemia: assessment, prevention, and control: a guide for programme managers.** Geneva: The Organization; 2001.

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

_____. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision.** Geneva (CH): World Health Organization, 2006.

_____. **Recommendations for the Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage.** Geneva: WHO, 2012.

WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delph – uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração:** São Paulo. v. 1, n. 12, p. 54-65, 2000.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo tem um caráter inédito e traz uma contribuição para a assistência ao PDP no Brasil, apresentando uma síntese dos critérios de elegibilidade das mulheres para este atendimento encontrados nos guias e protocolos internacionais, sendo consenso a inclusão das mulheres com feto único, gestação a termo e apresentação fetal cefálica. Estes instrumentos proporcionam as mulheres o direito a escolha do local da forma mais segura e organizada possível. Além disso, possibilitam uma avaliação criteriosa e a exclusão de todas as condições que podem aumentar o risco em um PDP sendo a chave para o êxito e uma adequada classificação de risco obstétrico e neonatal, a fim de se obter bons desfechos.

A construção e validação dos critérios de elegibilidade das mulheres para o atendimento ao PDP no Brasil, através da participação conjunta dos próprios profissionais que atuam nesta prática, tem um importante papel para uniformizar as condutas e reduzir os riscos deste tipo de atendimento.

É urgente uma reflexão crítica e sensata quanto a atual situação da assistência ao PDP no Brasil e cabe aos profissionais a responsabilidade de organização deste serviço em busca da segurança desta prática, a exemplo de outros países.

Embora revelado que o PDP não eleva os riscos de mortalidade e morbidade perinatal, estes estudos sempre destacam que esses resultados são reflexo de condições como: desde que assistidos por profissionais bem treinado e assistência bem integrada com sistema de saúde e com rigoroso protocolo de inclusão de mulheres para o PDP.

Destaca-se nesta pesquisa a alta adesão dos especialistas demonstrando interesse na temática e a preocupação com a qualidade da assistência prestada. Foi observado neste estudo que os julgamentos dos especialistas brasileiros convergem com os critérios já utilizados internacionalmente para eleger as mulheres para o PDP. Entretanto, faz-se necessário uma discussão aprofundada sobre a classificação de risco em determinados critérios, e sobre a possibilidade da busca por um sistema colaborativo, com consultorias, encaminhamentos e transferência de cuidados entre todos profissionais envolvidos no cuidado.

O uso do protocolo de critérios de elegibilidade das mulheres para o PDP possibilita uma abordagem prática e segura, consistente baseada nas evidências científicas atualizadas, acarretando no aumento

da credibilidade, responsabilidade e resolubilidade neste atendimento e uniformizando a prática entre os profissionais que prestam esta assistência.

A divulgação desse estudo sobre os critérios de elegibilidade das mulheres no PDP pode permitir que as enfermeiras obstétricas, obstetrizas e médicos visualizem com abrangência técnica e científica sua prática e suas escolhas, tendo como ponto de partida a segura inclusão das mulheres no PDP e possibilita ainda, informar as mulheres, famílias que buscam seu serviço de maneira clara, atualizada, compartilhada e co-responsável.

Embora há fragilidades e limitações neste estudo, o aprofundamento e aprimoramento inesgotável desta temática, pode levar a uma melhor adequação desta prática pelos profissionais sobre a escolha das mulheres no PDP permitindo uma avaliação e investigação deste serviço, pois podem ajudar a identificar os desfechos maternos e neonatais positivos e negativos relacionados a segurança no PDP.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Implantação de diretrizes e protocolos clínicos. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, Associação Médica Brasileira. v. 1, n.1, nov. 2012.

ALEXANDRE N; COLUCI M. Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n.7, p.3061-3068, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>>. Acesso em: Dez. 2016.

AMORIM, M. Parto Domiciliar: direito reprodutivo e evidências. Guia do Bebê [On Line]. 012 08 Ago. 08 de 2012. Disponível em: <<http://guiadobebe.uol.com.br/parto-domiciliar-direito-reprodutivo-e-evidencias/>>. Acesso em: 12 Ago. 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS E OBSTETRIZES DE SANTA CATARINA. **Diretrizes para o atendimento do Parto Domiciliar Planejado em Santa Catarina, 2017.**

ASSOCIATION OF ONTARIO MIDWIVES. **Standars of practice.** Ontario, Canada; 2014. Disponível em WWW:<<http://www.ontariomidwives.ca>>. Acesso em: 15 out. 2017.

AUSTRALIAN HEALTH MINISTERS' CONFERENCE. NATIONAL MATERNITY SERVICES PLAN. Camberra, 2010. Disponível em <[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/8AF951CE492C799FCA257BF0001C1A4E/\\$File/maternityplan.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/8AF951CE492C799FCA257BF0001C1A4E/$File/maternityplan.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2017.

AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE 2016. Australia's mothers and babies 2014 in brief. Perinatal statistics series no. 32. Cat no. PER 87. Canberra: **AIHW**. Disponível em: <<http://www.aihw.gov.au/getmedia/68429bae-ebcd-4edb-9861-73d5fdbc258c/20210.pdf.aspx?inline=true>>. Acesso em: 10 out. 2017.

BARBOSA, P. G., CARVALHO, G. M., OLIVEIRA, L. R. Enfermagem obstétrica: descobrindo as facilidades e dificuldades do especialista nesta área. **Mundo da Saúde** 2008. v. 32, n.4, p.:458-65.

Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/65/07_enfermagem_baixa.pdf>. Acesso em: 12 ago 2014.

BARRETO, M. R. **Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista.** História, Ciências, Saúde. 2008 out-dez, v. 15, n.4, p. 901-925.

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: 10 ago. 2016.

BEZERRA, R. S; RAMOS, C. S. Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico. **Rev. Brasileira de Enfermagem.** V.65, n.1, p. 13-8. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/02.pdf>>. Acesso em: 11 abr 2016

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: 02 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº. 2.816.** Diário Oficial da União, Seq. I, no. 103, 02/6/1998, p.48.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº. 569/2000.** Institui o Programa Pré-natal e Nascimento. 2000. Disponível em<http://www.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria_569_GM.PD> . Acesso em: 28 Out 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. PNDS 2006. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher.** Relatório. Brasília: MS, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras assistidos por parteiras tradicionais** - O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e Experiências Exemplares. Brasília: MS, 2010.

_____. **Saúde Brasil 2011**: Uma análise da situação e a vigilância da saúde da mulher. Brasília, 2012a.

_____. **Manual prático para implementação da rede cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. Brasília, 2013. Caderno de Atenção Básica n. 32. Disponível em: <<http://goo.gl/ZhsG6p>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – **SINASC/Dados preliminares Situação da base nacional em 30/10/2016**, 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/pnvuf.def>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

_____. 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, 2016a.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 135-149, 1999.

BURIGO, R. A. **Planejando o parto no domicílio e tendo que parir no hospital: significados da experiência para as mulheres**, 2013. 139 f. 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.

CAPARROZ, S. C. **O resgate do parto natural**: contribuições de uma tecnologia apropriada. Joinville: Univille, 2003.

CARNEIRO, R. Parto domiciliar: ressignificação do doméstico e cronotopias da intimidade. In: XXV SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA ANPUH. Universidade Federal do Ceará. **Anais...** Fortaleza, 12 a 17 de julho de 2009.

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: 16 out. 2016.

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 20 set. 2016.

COLLAÇO, V. S. Parir e nascer num novo tempo: o significado para o casal do parto domiciliar planejado atendido por enfermeiras obstétricas. 2013, XXX f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

COLLAÇO, V. S. et al. O significado atribuído pelo casal ao parto domiciliar planejado, assistido pelas enfermeiras obstétricas da equipe hanami. *Rev. Texto Contexto.* v. 26, n. 2, 2017.

COLLABORATION. HOME BIRTH CONSENSUS SUMMIT. 2015. Acesso em 10 out 2017. Disponível em: <<http://www.homebirthsummit.org/action-groups/collaboration>>.

COLLEGE OF MIDWIVES OF BRITISH COLUMBIA. **Home Birth: Handbook for Midwifery Clients.** Vancouver, BC, Canada: CMBC. Registrant's Handbook. 2010. Disponível em: <<https://semiahmoomidwives.com/wp-content/uploads/2016/04/Homebirth-Handbook-2010.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

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..

CRIZÓSTOMO, C. D.; NERY, I. S.; LUZ, M. H. B. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 98-04, mar. 2007.

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: 02 out. 2016.

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: 16 out. 2016.

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: 10 ago. 2016

DAVIS-FLOYD, Robbie. The rituals of american hospital birth - conformity and conflict: readings in cultural anthropology. 8th ed. In: DAVID, M.C. Ed. Harper Collins, New York, p. 323-340, 1994.

DAVIS-FLOYD, R. The tecnocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Austin, v. 75, n. 1, p. 5-23, 2001.

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. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/346/bmj.f3263>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

DE JONGE, A. et al. 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. 122, n. 5, p. 720-728, abr. 2015.

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES. **Implementing a public home birth program – Guidance for Victorian public health services**. Victoria State Government: Victoria, Melbourne. Ago. 2015. Disponível em: <<https://www2.health.vic.gov.au/about/publications/policiesandguidelines/implementing-public-home-birth-program>>. Acesso em: 01 out. 2016.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência saúde coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.org/scielo.php>>

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. **Cadernos de saúde pública**, v. 30, p. S101-S116, 2014.

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. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26820113>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

EL DIB, R. P. How to practice evidence-based medicine. *Jornal Vascular Brasileiro*, v. 6, n. 1, p.1-4, 2007.

ENKIN, M. et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ESHER, A.; SANTOS, E. M.; MAGARINOS-TORRES, R.;

AZEREDO, T. B. Construindo critérios de julgamento em avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/Aids. *Ciênc Saúde Coletiva*. v. 17, n.1, p. 203-214, 2012.

FEYER, I. S. S., et al. Publicações científicas brasileiras de enfermeiras obstétricas sobre o parto domiciliar: revisão sistemática de literatura. *Texto Contexto Enferm* [online]. v. 22, n. 1, p. 47-56 Jan-Mar., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_30.pdf> Acesso em: 21 set 2016.

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.

FLEISS, J. L.; LEVIN, B; PAIK, M. C. **Statistical methods for rates and proportions**. John Wiley & Sons, 2013.

FLORES, A. C.; MARSHALL, S.; CORDINA, M. Use of the Delpi technique to determine safety features to be included in a neonatal and paediatric prescription chart. *Int. J. Clin. Pharm.* v. 36, p. 1179-1189, 2014.

INTERNATIONAL FEDERATION OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. **Recommendations accepted by the General Assembly at the XIII World Congress of Gynecology and Obstetrics** [Internet]. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1992. 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: 12 out 2016.

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.

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: 17 nov. 2016.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res. Nurs. Health**, Portland (USA), v. 10, n. 1, p.1-11, mar. 1987.

GEIST, M. R. Using the Delphi method to engage stakeholders: a comparison of two studies. *Eval Program Plann.* v. 33, n. 2, p.147- 154, mai. 2010. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2009.06.006>>.

GYTE, G., M. DODWELL, et al. Safety of planned home births. Findings of meta-analysis cannot be relied on. *BMJ* v. **341**, p.c4033, 2010.

HASSON, F.; KEENEY, S.; MCKENNA, H. Research guidelines for the Delphi survey Technique. *J Adv Nurs.* v. 32, n.4, p. 1008-1015. 2000.

HEALTH SERVICE EXECUTIVE. **Policy to support Self-Employed Community Midwives to assess the eligibility and suitability of women for Inclusion/Exclusion for planned home birth with The Health Service Executive.** Sub-group of Clinical Governance Group. n.1, Dez. 2016. Disponível em:
<<http://www.hse.ie/eng/services/list/3/maternity/New-Home-Birth-Policies-and-Procedures/HB004-Midwifery-Practice-Guidelines-HSE-Home-Birth-Service.pdf>>. Acesso em: set. 2017.

HOME BIRTH ACCESS SYDNEY. Homebirth Information. 2017. Disponível em:
<<https://homebirthsydney.org.au/homebirth/#1473999121744-3b4be57a-56d0>>. Acesso em: 23 Out. 2017.

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: 01 set. 2016.

HOTIMSKY, S. N. Formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina; 2007.

JANSSEN, P. A.; LEE, S. K.; RYAN, E. R.; SAXELL, L. An evaluation of process and protocols for planned home birth attended by regulated midwives in British Columbia. *J Midwifery Womens Health*. v. 38, n.2, p. 138, 2003.

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.

JOHNSON, K. C.; DAVISS, B. International data demonstrate home birth safety. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* v. 204, n.4, p. e16-17, 2011.

JONES, J.; HUNTER, D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ*. v. 311, n.7001, p.376-80. 1995.

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 out. 2016.

KARINO, M. E.; FELLI, V. E. A. Enfermagem baseada em evidências: avanços e inovações em revisões sistemáticas. *Cienc Cuid Saude*, São Paulo, v. 11, suplem., p.11-15, 2012.

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. 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: 01 set. 2016.

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: <<http://www.mja.com.au/journal/2010/192/12/planned-home-and-hospital-births-south-australia-1991-2006-differences-outcomes>>. Acesso em: 02 set. 2016.

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

KOETTKER, J. G. Parto Domiciliar Planejado assistido por profissional qualificado nas regiões nordeste, centro-oeste, sudeste e sul do Brasil. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Catarina, Florianópolis.

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: 11 nov. 2016.

LANDIS, J. Richard; KOCH, Gary G. The measurement of observer agreement for categorical data. **biometrics**, p. 159-174, 1977.

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: 16 nov. 2016.

LESSA, HF. Parto em casa: vivências domiciliares. 2003. 97f. 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). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

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: 02 set. 2016.

LINDGREN, H. E. et al. Praxis and guidelines for planned homebirths in the Nordic countries – An overview. **Sex Reprod Healthc**, v.5, n. 1, p. 3-8, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24472383>>. Acesso em: 15 out 2017.

MACHADO, E.G. C. **Gestação, parto e maternidade**: uma visão holística. Belo Horizonte: Aurora, 1995.

MACHADO, N.X.S.; PRAÇA, N.S. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Rev Esc Enferm USP**. 2006 Jun; v. 40, n.2, p. 274-9

MAIA, M. B. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 189 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 24 ago 2016.

MARTINS, A. P. V. As maternidades e a assistência médica às mulheres. In: _____. **Visões do feminino**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

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=S169561412012000300016&script=sci_arttext&tln=pt>. Acesso em: 11 out. 2016.

MATTOS, D. V.; VANDENBERGHE, L.; MARTINS, C. A. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife. v. 10, n. 2, p. 568-575, fev. 2016.

MCINTYRE, M.; FRANCIS, K.; CHAPMAN, Y. Primary maternity care reform: Whose influence is driving the change? *Midwifery* v. 5, n.28, p.705–711. 2012.

MCNUTT, A. et al. Opinions of UK perinatal health care professionals

on home birth. **MIDWIFERY**, v. 30, n. 7, p. 839-46, 2014. 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: 20 ago. 2016.

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.

MEDICAL BOARD OF CALIFORNIA. **Practice Guidelines for California Licensed Midwives**. May. 2014. Disponível em: <http://www.mbc.ca.gov/Licensees/Midwives/midwives_practice_guidelines.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2016.

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.

MENDES, E. V. **A Modelagem das Redes de Atenção à Saúde**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2007. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/a_modelagem_das_redes_de_atencao_aude.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2012.

MENEZES et al. A situação do parto domiciliar no Brasil. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, dez. 2012; v. 1, n. 1, p. 3-43.

MONTICELLI, M. **O nascimento como rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos**. Florianópolis: PEN/UFSC, 1994. Originalmente apresentada com Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

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: 11 set. 2016.

NATIONAL HEALTH SERVICE. In: **Where to give birth: the options**. Disponível em: <<http://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/where-can-i-give-birth.aspx>>. Acesso em: 01 nov. 2017b.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELENCE - **Intrapartum care for healthy women and babies**. Londres: NICE Clinical Guidelines. 2014. ISBN 978-1-4731- 0862-2.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELENCE. **Benefits of implementing NICE guidance**. 2017 <<http://www.nice.org.uk/about/what-we-do/into-practice/benefits-of-implementing-nice-guidance>>. Acesso em: 25 out. 2014

NEWMAN, L.; HOOD, J., Consumer Involvement in the South **Australian State Policy for Planned Home Birth**. v. 36, p. 78-82, 2009.

NEW YORK STATE ASSOCIATION OF LICENSED MIDWIVES. **Guidelines for best practice: Planned Home Birth in New York State**. Nysalm. Out. 2015. Disponível em: <<http://nysalm.org/wp-content/uploads/2016/10/HomeBirthGuidelines.pdf>> Acesso em: 12 nov. 2016.

NURSING AND MIDWIFERY BOARD OF IRELAND. **Practice Standards for Midwives - Standards and Guidance**. 2015. Disponível em: <<http://www.nmbi.ie/Standard-Guidance/Midwives-Standers>>. Acesso em: 18 out. 2017.

ODENT, M. **O camponês e a parteira**. Uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto. São Paulo: Ed. Ground, 2003.

OSAVA, R. H. **Assistência ao parto no Brasil**: o lugar do não médico. 1997. 129f. Tese (Doutorado em Saúde Materno-Infantil)- Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

_____; TSUNECHIRO, M. A; SAITO, E. A contribuição da enfermagem na promoção do parto natural. **Revista Conexão SEESP**, São Paulo, v.29, p. 1-4. 2010.

PASQUALI, L. et al. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Res Nurs Health**. v. 29, n. 5, p. 489-497, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16977646>>. Acesso em: 14 Nov. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Tradução de: THORELL, A. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface Comunic. Saúde. Educ.**, Botucatu (SP), v. 13, supl. 1, p.7 59-68, set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a11v13s1.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

REDE DE HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO E PARTO/REHUNA. **Carta de Campinas**. Campinas, SP, 2000.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**. Dossiê de humanização do parto. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos, 2002.

SANDALL, J. et al. "Home birth triples the neonatal death rate": public communication of bad science? **American Journal of Obstetrics & Gynecology**. v. 204, n. 4, p. e17-18. 2011.

SEIBERT, S. L. et al. Movimento pelo parto domiciliar planejado na cidade do Rio de Janeiro em: ações do Coren-RJ **Rev. Enf. Profissional**. v. 1, n. 1, p. 282-296, jan/abr.2014.

SHULTZ, N.; HARDING, C. **Homebirth Team Standard Operating Protocol (CG520)**. NHS Foundation Trust. Version 3. 03 mar. 2017. Disponível em: <<http://www.royalberkshire.nhs.uk/Downloads/GPs/GP%20protocols%20and%20guidelines/Maternity%20Guidelines%20and%20Policies/Intr>>

apartum/Homebirth%20Standard%20Operating%20protocol_V3.0_CG520.pdf.> Acesso em: 13 out. 2016.

SIZER, P. J.; ARDIZZONE, S. **A Clinical Guideline for: Planned Home Birth.** Maternity Guidelines Committee. NHS Foundation Trust. Norfolk and Norwich University Hospitals. Version 4, p. 1-11, 10 nov. 2015. Disponível em: <<http://www.nnuh.nhs.uk/.../planned-home-birth-management-mid2-v4/>> Acesso em: 13 set. 2016.

SOARES, C. B. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. v. 48, n. 2, p. 335-45, 2014.

SOUTH AUSTRALIA HEALTH. **Policy for Planned Birth at Home in South Australia. Government Policy-South Australia.** Ago.2013. Disponível em:

<http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/76aaf1004f3219c488eefd080fa6802e/Planned+Birth+at+Home_in+South+Australia+2013_pg_v2.0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=76aaf1004f3219c488eefd080fa6802e>. Acesso em: 09 out 2016.

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. 156 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005. [Consult. 15 Jul. 2016]. Dissertação de mestrado. Disponível em <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PASO0165.pdf>>. Acesso em: 09 ago 2016.

SOUZA, M. L A casa como lugar de nascimento: uma reflexão antropológica sobre a “revitalização” contemporânea do parto domiciliar na cidade de Florianópolis. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero, 7. 2006, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Ed. Mulheres, 2006, p 1-7.

STARR, Mark; CHALMERS, Iain. **The evolution of The Cochrane Library, 1988-2003.** Update Software: Oxford. Disponível em: <www.updatesoftware.com/history/clibhist.htm. Acesso em: 01 dez. 2016>.

TORNQUIST, C. S. O parto humanizado e a REHUNA. In: Seminário nacional de movimentos sociais, participação e democracia, 2007, Florianópolis. **Anais....**Florianópolis: NPMS, 2007. p. 145-160.

VEDAM, S.; KOLODJI, Y. Guideline for client selection in the home birth midwifery practice. **Journal of Nurse-Midwifery**. v. 40, n.6, p. 508-521, 1995.

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, 2014a. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12251/abstract;jsessionid=B4D3C43ECAB0A30838F67DBA73A4085F.f02t01>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

VIANA, P. A experiência de trabalho do Grupo Curumim com parteiras tradicionais. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, p. 209-214. 2010.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008

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: 11 ago. 2017.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidado à saúde e organização do serviço**. Belo Horizonte: COOP-MED; 2009.

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.

WIKIPEDIA. **Unassisted Childbirth**. Disponível em: <http://en.wikipedia.org/wiki/Unassisted_childbirth>. Acesso em: 11 Ago. 2016.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs**, v. 52, n. 5, p. 546-53, Dec 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>>. Acesso em: Set. 2017.

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

_____. **WHO Statement on Caesarean Section Rates**. Geneva: WHO, 2015.

WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi - Uma Ferramenta de Apoio ao Planejamento Prospectivo. **Cadernos de Pesquisas em Administração**. v. 1, n. 12, p. 54-65, 2000.

ZVEITER M, PROGIANTI JM, VARGENS OMC. O trauma no parto e nascimento sob a lente da enfermagem obstétrica. **Pulsional Rev Psicanál** 2005; v. 182, n.6, p.86-92. Disponível em: <http://www.editoraescuta.com.br/pulsional/182_08.pdf>. Acesso em: 12 Ago 2016

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) - 3721-6094**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PROFISSIONAIS ESPECIALISTAS.

Eu, Profa. Dra. Roberta Costa, professora do Departamento de Enfermagem juntamente com a mestranda, Leticia Colossi, estamos desenvolvendo um estudo intitulado “CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DAS MULHERES NO ATENDIMENTO AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO”, que será desenvolvida como Dissertação de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que tem por objetivo construir e validar um instrumento dos critérios de elegibilidade das mulheres para o atendimento ao Parto Domiciliar Planejado (PDP) no Brasil. Sua participação será na etapa quantitativa na qual os dados serão coletados através de um questionário *on line* no sistema *Google docs*, realizado pela pesquisadora, e disponibilizado a você através de um *link*, a qual buscará identificar com os profissionais especialistas (juízes) que atendem parto domiciliar planejado quais os critérios de elegibilidade das mulheres para o atendimento ao Parto Domiciliar Planejado no Brasil.

Você será convidada (o) para participar desta pesquisa após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UFSC, de acordo com a resolução 466/2012 que normatiza e regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos e garante o anonimato, a confidencialidade e o direito de voluntariedade, sem riscos a sua vida ou agravos à sua saúde.

Ao aceitar em participar da pesquisa, você será convidada(o) a assinar e rubricar em todas as vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em consonância com a resolução 466/12, e mesmo depois

de assinado, terá liberdade para desistir da pesquisa em qualquer momento. Uma das cópias ficará com você para acompanhar as atividades. Sendo que deverá guardar cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os direitos como participante da pesquisa.

Será explicada a metodologia antes do início da pesquisa e, se necessário, poderá ser novamente esclarecido durante a realização da mesma. Serão utilizados seus dados pessoais e profissionais e que o questionário *on line* será realizado somente se você concordar, sendo que seu nome não aparecerá em qualquer registro, sendo utilizados nomes fictícios para manter o anonimato das informações no relatório da pesquisa. É garantido que todos os dados serão utilizados somente para fins de pesquisa.

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 em todos serão garantidos o sigilo e a confidencialidade dos dados referentes à identificação dos participantes da pesquisa e que as pesquisadoras serão as únicas a ter acesso aos dados. Porém, acrescentamos que, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei para que sejam compensados os danos morais decorrentes da pesquisa, relacionados à quebra de sigilo.

Embora não haja benefícios diretos pela sua participação nesta pesquisa, ela poderá oferecer a você a oportunidade de contribuir para reflexão de seu trabalho. Ademais poderá contribuir para ampliar conhecimentos na área. Poderá também sanar algumas dúvidas e aprimorar as discussões em relação aos critérios de elegibilidade das mulheres para o parto domiciliar planejado. Suas crenças e valores serão respeitados durante toda a realização da pesquisa. Esta pesquisa não implica em nenhum gasto para você e nem para seus familiares. Caso não se sinta confortável, terá o direito de não responder a qualquer pergunta que não deseje.

A pesquisa não acarretará problema de ordem física, moral e econômica. Todos os procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à sua vida e a sua saúde, mas esperamos que tragam benefícios em função das reflexões e trocas realizadas. Contudo, pode mobilizar sentimentos e gerar alguma forma de constrangimento e pode oferecer riscos emocionais, mesmo que involuntários e não intencionais, de

ordem reflexiva uma vez que durante o preenchimento do questionário poderá reviver experiências e/ou aspectos negativos podem aflorar ou ainda pode haver dificuldade para preencher o questionário online. Neste caso as pesquisadoras farão os devidos encaminhamentos para o suporte emocional, caso seja necessário.

As pesquisadoras buscarão conduzir os trabalhos de modo a evitar constrangimento, mas caso ocorra, você terá a liberdade para sair das atividades e retornar quando estiver em condições ou mesmo desistir.

Ademais, ao responder os questionários, pode ocorrer cansaço ou aborrecimento; alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição incapacitante do seu próprio trabalho; ou ainda alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões sobre sua prática profissional.

De acordo com a legislação brasileira, não é prevista nenhuma despesa pessoal para sua parte, bem como remuneração ou gratificação para participar da pesquisa. Da mesma forma, as pesquisadoras comprometem-se, formalmente, a indenização por eventuais danos decorrentes da pesquisa, desde que devidamente comprovado sua relação com a mesma. Sua participação é totalmente voluntária e suas informações serão usadas exclusivamente para o trabalho científico.

Sua participação é totalmente voluntária e suas informações serão usadas exclusivamente para o trabalho científico. Caso você por qualquer motivo não deseje participar do estudo, não terá nenhuma desvantagem, coerção ou prejuízo, basta não autorizar, deixando de assinar este termo. Já, se desejar participar, ainda terá liberdade para desistir, bastando informar aos pesquisadores, sem qualquer penalidade. Caso desista, se desejar, você pode solicitar que todas as informações já fornecidas não sejam utilizadas ou publicadas. Para isso, basta que eu comunique a decisão, por qualquer meio (telefone ou e-mail), à pesquisadora principal.

A pesquisadora poderá entrar em contato comigo para eventuais esclarecimentos quanto ao preenchimento do banco de dados.

Esta pesquisa obedecerá aos princípios éticos e a confidencialidade das informações fornecidas, relativos às pesquisas com seres humanos, serão respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Caso você ainda tenha alguma outra dúvida em relação à pesquisa

ou deseje desistir, poderá comunicar-se pelo telefone abaixo ou fazê-lo pessoalmente, procurando a Enf^a Letícia Colossi, pelo telefone (48) 30655811, ou pelos celulares (48) 999794699 ou (48) 991694699, ou ainda pelo e-mail: leticia.colossi7@gmail.com ou com a Profa. Dra. Roberta Costa pelo e-mail: roberta.costa@ufsc.br, ou pessoalmente, no endereço: Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco H, 5º andar, sala 520 Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-900; no período das 8.30 horas às 18 horas. E ainda contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina pelo telefone (48) 3721-6094 das 7 às 19 horas, ou pessoalmente no Prédio Reitoria II, Rua: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040- 400.

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos:

Universidade Federal de Santa Catarina, Rua Desembargador Vitor Lima, no 222, Prédio Reitoria II, 4o andar, sala 401, Trindade, Florianópolis. Telefone: 3721-6094.

Eu, _____, fui esclarecido
(a) sobre a pesquisa: “CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DAS MULHERES NO ATENDIMENTO AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO”. Concordo em participar dela e que os meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Estou ciente quanto ao compromisso das pesquisadoras de que a identidade será mantida em sigilo e que todas as informações obtidas no questionário, nas observações, nas conversas pelo whatsapp e nos encontros, caso houverem, serão confidenciais. Tenho clareza que todas as informações serão usadas somente para este estudo, que procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à vida e saúde e que a participação no estudo não implicará em nenhum ônus, bem como não será pago nenhuma remuneração pela participação. Autorizo as pesquisadoras a utilizarem os resultados desta atividade para divulgação em trabalhos no meio acadêmico e em publicações científicas. A participação é voluntária, havendo liberdade para desistir da pesquisa a qualquer momento, minha participação será na etapa quantitativa na qual os dados serão coletados através de um questionário on line no sistema Google docs, realizado pela pesquisadora, e disponibilizado a mim através de um link, com prazo de

entrega previamente combinado e dentro das minhas possibilidades, tendo a liberdade de responder ou não aos questionamentos. Fui esclarecida (o) sobre a pesquisa. Compreendo que não terei benefício direto e imediato como resultado de minha participação, mas que ela poderá me oferecer a oportunidade de refletir sobre minha prática profissional. Ademais poderá contribuir para ampliar conhecimentos na área. Poderá também sanar algumas dúvidas e aprimorar as discussões em relação aos critérios de elegibilidade das mulheres para o parto domiciliar planejado em nosso país.

Florianópolis, _____ de _____ de 2017.

Assinatura: _____

RG: _____

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará à guarda das pesquisadoras e a outra via é da posse da própria participante da pesquisa.

Este protocolo de pesquisa será submetido ao Comitê de Pesquisa com Seres Humanos da UFSC. As informações fornecidas pelos (as) participantes permanecerão confidenciais e a anonimato dos (as) mesmos (as) será mantido através do uso de nomes (códigos). O processo da pesquisa iniciará após ter sido dada aos (às) participantes uma ampla explicação sobre a meta, o propósito e processo da pesquisa e após a obtenção por escrito do consentimento livre e esclarecido. Durante a explicação serão assegurados: o direito de recusar a participar ou de se retirar da pesquisa em qualquer momento, a confidencialidade das informações e o anonimato das identidades dos (as) participantes.

APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIOS – AVALIAÇÃO DOS ESPECIALISTAS SOBRE OS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DAS MULHERES PARA O ATENDIMENTO DO PDP

Crêterios de Elegibilidade das mulheres para o Parto Domiciliar Pl...

https://docs.google.com/forms/d/1ZLpuarp_0MP6EvNvPxE2aFt...

Crêterios de Elegibilidade das mulheres para o Parto Domiciliar Planejado - Questionário 1

PREZADO PARTICIPANTE, tenho a grata satisfa o de poder contar com seu auxílio para o desenvolvimento da disserta o de mestrado intitulado "CRÊTERIOS DE ELEGIBILIDADE DAS MULHERES NO ATENDIMENTO AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO", desenvolvida por mim, Letícia Colossi, sobre a orienta o da Prof. Dra. Roberta Costa no Programa de Pós Gradua o em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - PENUFSC.

Nesta primeira etapa estarão includos TODOS cr terios de elegibilidade e de inelegibilidade das mulheres na assistência ao POP obtidos do resultado da revisão de literatura realizada pela autora.

Cabe destacar que em todas as etapas será respeitado o anonimato dos envolvidos.

Sua participa o consiste em responder aos questionários juntamente com um painel de peritos (especialistas) na área para valida o de conteúdo.

Este questionário pode levar em média 15-20 minutos para ser respondido. E peço a gentileza de ser respondido até o dia 28 (Seg) de Agosto de 2017 para que eu possa analisar, revisar e agrupar as variáveis em um novo questionário.

Muito grata pela sua participa o. Qualquer d vida estou a disposi o pelos telefones: (48) 991654699 (Vivo), (48) 999794699 (WhatsApp/Tim) e e-mail: leticia.colossi7@gmail.com

*Obrigatório

Caracteriza o sociodemográfica dos especialistas

1. Qual sua idade? *

2. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

3. Titulação universitária *

Marque todas que se aplicam.

- Enfermeira Obstétrica
- Obstetriz
- Médico Generalista
- Médico Especializado em Saúde da Família
- Médico Obstetra
- Enfermeira Especialista em Saúde da Mulher
- Certified Professional Midwife (CPM)

4. Qual o ano de sua formação na Graduação *

Qual o ano que obteve o título da Graduação.

5. Qual o ano de sua formação na Especialização

Qual o ano que obteve a Titulação de Especialidade para os médicos e enfermeiras.

6. Tem alguma(s) outra(s) formação(ões) profissional(is) que gostaria de acrescentar?

Qual outra formação que julga importante acrescentar para sua atuação no parto domiciliar planejado.

7. Em que ano iniciou sua atuação no parto domiciliar planejado *

Ano em que iniciou sua atuação ao parto domiciliar planejado.

8. Local(is) de atuação *

Região de atuação do profissional conforme a localidade de atendimento ao parto domiciliar planejado, conforme estado e região (quando englobar mais de uma cidade).
Exemplo: Santa Catarina, Grande Florianópolis OU Santa Catarina, Palhoça, São José e Florianópolis.

9. Atuação: *

Atua em uma equipe/grupo formado ou atua sozinho no atendimento ao parto domiciliar planejado

Marcar apenas uma oval.

- Equipe / Grupo
- Sozinho

10. Qual nome da equipe/grupo caso houver?

Variáveis que devem ser considerados como critérios de elegibilidade para o atendimento do PDP

Classificado conforme a Escala Likert de respostas: (1) Totalmente não recomendado, (2) não recomendado, (3) Indiferente, (4) Recomendado, (5) Altamente recomendado.

11. Desejo da mulher *

Desejo da mulher.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

12. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

13. Gestante classificada como risco obstétrico habitual *

Entendendo-se por gravidez de risco obstétrico habitual uma gravidez em que não é possível identificar, após avaliação clínica, nenhum fator acrescido de doença materna, fetal e/ou neonatal. A mulher não deve ter nenhuma complicação médica, obstétrica ou neonatal conhecida ou prevista. O risco é dinâmico e, por isso, pode alterar-se ao longo da gravidez e deve reavaliado em todas as consultas ou em qualquer momento durante a gravidez, sempre que se justifique (BRASIL, 2016).
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

14. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

15. Gestação Única *

Presença de apenas um feto Intra-útero.
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

16. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

17. Apresentação cefálica *

Caracterizada pela disposição do feto com a cabeça situada na porção inferior do útero/ no estreito superior da bacia óssea, antes do início do trabalho.
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

18. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

19. Gestação a termo *

Entendendo-se gestação a termo definida por um período de cinco semanas com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas e menor que 42 semanas (ou seja 41 semanas e 6 dias de gestação).

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

20. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

21. A mulher e seu(sua) companheiro(a) devem estar de acordo e assinar o Termo de Consentimento Informado antes de iniciar o atendimento ao parto *

O Termo de Consentimento Informado para o Parto Domiciliar Planejado deve estar atendendo a princípios éticos e legais, isento de dúvidas, discorrer sobre a autorização para o atendimento profissional após informado por escrito sobre as diretrizes, os procedimentos, as vantagens e riscos do atendimento ao parto em casa. Deve ser assinado antes de iniciar acompanhamento ao parto.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

22. O que você considera imprescindível ser abordado no Consentimento Informado

23. Entrar em trabalho de parto sem o uso de medicações alopatóicas *

A mulher deve entrar em trabalho de parto sem o uso de medicações alopatóicas. Por exemplo: prostaglandina, oxiotocina.
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

24. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

25. Gestante deve ser multipara com partos vaginais prévios. *

A mulher deve estar no mínimo na segunda gestação com partos vaginais prévios, ou seja ela já pariu por via vaginal ao menos uma vez.
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

26. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

Variáveis - História Obstétrica

Classificado conforme a Escala Likert de respostas: (1) Totalmente não recomendado, (2) não recomendado, (3) Indiferente, (4) Recomendado, (5) Altamente recomendado.

27. Não deve ter cesariana prévia *

A mulher não deve ter tido uma cesariana NA GESTAÇÃO ANTERIOR.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

28. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

29. Não deve ter história de uma cesariana com incisão clássica (incisão transversal abaixo do umbigo) *

A mulher não deve ter HISTÓRIA OBSTÉTRICA de uma cesariana com incisão clássica (incisão transversal abaixo do umbigo, formato de "T" invertido para baixo).

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

30. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

31. Não deve ter história de 3 ou mais cesarianas anteriores *

A mulher não deve ter história de 3 ou mais cesarianas anteriores.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

32. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

33. Deve ter mais de um ano entre o último parto até a data provável de parto na gestação atual *
 A mulher deve ter mais de 1 ano entre o último parto até a data provável de parto na gestação atual.
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

34. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

35. Ter menos de 5 nascimentos anteriores, independentemente da via *
 A mulher não deve ter tido 5 ou mais nascimentos (partos vaginais e/ou cesarianas) anteriores, independentemente da via desses nascimentos.
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

36. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

37. Não deve ter história obstétrica anterior de hemorragia pós-parto excedendo um (1) litro de sangue ou que necessitou de reposição sanguínea *
- A mulher não deve ter história obstétrica anterior de hemorragia pós-parto excedendo um (1) litro de sangue ou que necessitou de reposição sanguínea.
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

38. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

39. Não deve ter antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar *
- A mulher não deve apresentar história de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar.
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

40. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

41. Não deve ter história obstétrica anterior de distocia do ombro *
- A mulher não deve ter história obstétrica anterior de distocia do ombro.
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

42. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

43. Não deve ter história de abortos espontâneos repetidos e/ou dois ou mais abortos espontâneos tardios *

A mulher não deve ter história de abortos espontâneos repetidos e/ou dois (até 20 semanas de gestação, ou mais tarde, se o feto pesar até 500 gramas e tiver menos de 25 cm) (BRASIL, 2011).

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totamente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

44. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

45. Não deve ter história do parto prematuro do infante, morte inexplicada ou mortalidade neonatal associado a doença materna, recém-nascido infectado com estreptococos (do grupo B, EGB), congênita ou anomalia genética. *

A mulher não deve ter história do parto prematuro do infante, morte inexplicada ou mortalidade neonatal associado a doença materna, recém-nascido infectado com estreptococos (do grupo B, EGB), congênita ou anomalia genética.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totamente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

46. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

47. Não deve ter Isoimunização em gravidez anterior ou atual *

A mulher com fator Rh - não deve ter isoimunização em gravidez anterior ou atual.
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

48. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

Variáveis - Gestação Atual

Classificado conforme a Escala Likert de respostas: (1) Totalmente não recomendado, (2) não recomendado, (3) Indiferente, (4) Recomendado, (5) Altamente recomendado.

49. Durante a gravidez atual a implantação e fixação da placenta não deve ser anormal (incluindo placenta prévia) *

Durante a gravidez atual a implantação e fixação da placenta não deve ser anormal (incluindo placenta prévia).
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

50. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

51. Idade > 16 anos *

A mulher deve ter idade superior a 16 anos.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

52. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

53. Idade materna < 42 anos *

A mulher deve ter idade menor que 42 anos.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

54. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

55. Não deve ter gravidez por tecnologia de reprodução assistida *

A mulher não deve ter tido esta gravidez por tecnologia de reprodução assistida. Por exemplo, Inseminação artificial, Fertilização in vitro.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

56. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

57. Não deve ter anormalidades pélvicas / uterinas significativas (tumores, malformações, etc.), nem anormalidades congênitas graves que afetam o parto *
 A mulher não deve ter anormalidades pélvicas / uterinas significativas (tumores - ex. miomas, malformações, etc.), nem anormalidades congênitas graves que afetam o parto.
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

58. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

59. Não deve apresentar doenças como: cardíaca, pulmonar, tuberculose ou asma grave não controlada por medicação, doença renal, hepática, endócrina, distúrbios hematológicos significativos/coagulopatias ou doença neurológica. *
 A mulher não deve apresentar doenças como: cardíaca, pulmonar, tuberculose ou asma grave não controlada por medicação, hanseníase, doença renal, hepática, endócrina (incluindo hipotireoidismo e hipertireoidismo), distúrbios hematológicos significativos/coagulopatias (inclusive doença falciforme e talassemia), doença neurológica, doença autoimune (como lúpus eritematoso sistêmico ou outras colagenoses).
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

60. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

61. Não deve ter diabetes mellitus preexistente *

A mulher não deve ter histórico de diabetes preexistentes de nenhum tipo, ou seja em uso de medicação (injetável ou via oral).
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

62. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

63. Durante a gravidez atual não deve ter diabetes gestacional mesmo que com glicemia controlada apenas por dieta *

A mulher na gravidez atual não deve ter diabetes gestacional com glicemia mesmo que com glicemia controlada apenas por dieta.
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

64. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

65. Durante a gravidez atual não deve ter diabetes gestacional com glicemia descontrolada que requer medicação *

A mulher na gravidez atual não deve ter diabetes gestacional com glicemia descontrolada que requer medicação.

Marcas apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

66. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

67. Durante a gravidez atual não deve ter hipertensão e/ou pré-eclâmpsia *

A mulher na gravidez atual não deve ter hipertensão e / ou pré-eclâmpsia.

Marcas apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

68. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

69. Não deve ter evidência laboratorial de proteinúria *

A gestante não deve ter evidência laboratorial de proteinúria.

Marcas apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

70. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

71. Não deve ter sangramento vaginal anteparto Inexplicado (especialmente após o primeiro trimestre) *

A mulher não deve ter nenhum sangramento vaginal anteparto Inexplicado (especialmente após o primeiro trimestre).
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

72. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

73. Não deve apresentar anomalias significativas ao funcionamento social/mental que afetam a gravidez, parto e/ou a capacidade de cuidar com segurança de um recém-nascido *

A mulher Não deve apresentar anomalias significativas ao funcionamento social/mental que afetam a gravidez, parto e/ou a capacidade de cuidar com segurança de um recém-nascido. Por exemplo: depressão profunda dependente de medicação, esquizofrenia.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

74. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

75. Não deve ter doença psiquiátrica atual *

A mulher não deve ter doença psiquiátrica na gravidez atual. Por exemplo: Depressão pós-esquizofrênica; com alguns sintomas psicóticos; Paranoide; predominam delírios de perseguição, muitas vezes com vozes ameaçadoras; Transtornos esquizoafetivos; Transtornos psicóticos agudos e transitórios; Transtorno afetivo bipolar.
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

76. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

77. Não deve ser portadora de doenças infecciosas *

A mulher não deve apresentar nesta gestação doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, infecção pelo Zika Virus, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma).
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

78. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

79. Não deve ter antígeno de superfície positivo para hepatite B *

A mulher não deve ter antígeno de superfície positivo para hepatite B (HBsAg +).

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

80. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

81. Não deve ter tido infecção urinária de repetição durante a gravidez atual *

A mulher na gestação atual não deve ter tido infecção urinária de repetição.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

82. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

83. Não deve ter tido história de infecção de URINA por EGB na gestação atual (mesmo que tratada). *

A mulher não deve ter tido na gestação atual Infecção de urina por estreptococos do grupo B (EGB) (mesmo que tratada).

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

84. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

85. Não deve apresentar desnutrição severa *

A mulher não deve apresentar desnutrição severa entendendo-se por desnutrição severa como um estado patológico causado pela falta de ingestão ou absorção de nutrientes tendo como sintomas além da perda de peso corporal, diarreia frequente, cansaço excessivo; dificuldade de concentração; falta de apetite; diminuição da temperatura corporal; apatia ou irritabilidade; inchaços generalizados, entre outros.
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

86. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

87. Não deve ter anemia - hemoglobina inferior a 10g/dl observadas no último exame realizado na gestação *

A mulher não deve ter anemia - hemoglobina inferior a 10g/dl no último exame realizado na gestação.
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

88. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

89. Índice de massa corporal é $<35 \text{ kg/m}^2$ ou peso materno inferior a 100 kg *

A mulher deve possuir Índice de massa corporal MENOR que 35 kg/m^2 ou peso INFERIOR a 100 kg.
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

90. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

91. Durante a gravidez atual não deve ter Macrosmia suspeita *

A mulher na gravidez atual não deve ter Macrosmia suspeita (com peso superior a 4 kg a 4,5 kg).
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

92. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

93. Durante a gravidez atual não deve ter suspeita de restrição de crescimento intra-uterino ou idade pequena para gestação *

A mulher na gravidez atual não deve ter suspeita de restrição de crescimento intra-uterino ou idade pequena para gestação.
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

94. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

95. Durante a gravidez atual não deve ter poldramnia ou oligodramnia *

A mulher na gravidez atual não deve ter poldramnia ou oligodramnia.
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

96. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

97. Durante a gravidez atual não deve ter suspeitas de anormalidades fetais que requerem atenção pediátrica no nascimento *

A mulher na gravidez atual não deve ter suspeitas de anormalidades fetais que requerem atenção pediátrica no nascimento.
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

98. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

99. Não deve ter dependência de álcool ou drogas *

A mulher não deve ter dependência de álcool ou drogas na gestação atual.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

100. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

101. Não deve estar fumando durante a gestação *

A mulher não deve estar fumando durante a gestação atual.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

102. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

103. Ter realizado o número recomendado de consultas pré-natais de acordo com a política do serviço de saúde e rastreio (exames) da gravidez completo sugeridos pelo Ministério da Saúde *

A mulher atende o número acordado de consultas pré-natais de acordo com a política do serviço de saúde e rastreio (exames) da gravidez completo sugeridos pelo Ministério da Saúde.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

104. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

Variáveis - Local do Parto

Classificado conforme a Escala Likert de respostas: (1) Totalmente não recomendado, (2) não recomendado, (3) Indiferente, (4) Recomendado, (5) Altamente recomendado.

105. Segurança do local/domicílio de nascimento *

Considerando segurança, neste caso, como local onde não há risco iminente de desastres naturais, ausência de violência doméstica e violência da vizinhança, falta de água potável.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

106. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

107. O local/domicílio deve ter acesso fácil *

O local/domicílio ter ter acesso fácil para chegada e saída de uma ambulância em caso de necessidade.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

108. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

109. Local de parto não deve ultrapassar mais de 30 minutos de deslocamento por ambulância para uma maternidade *

Em caso de necessidade de transferência materna ou neonatal do domicílio para a maternidade o tempo de deslocamento de ambulância não deve ultrapassar mais de 30 minutos de distância.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

110. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

Variáveis - Condições para transferência

Classificado conforme a Escala Likert de respostas: (1) Totalmente não recomendado, (2) não recomendado, (3) Indiferente, (4) Recomendado, (5) Altamente recomendado.

111. Ter preparado o plano de transferência, caso for necessário *

Em caso de necessidade deve haver um plano de transferência; também chamado de "plano B", para a maternidade.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

112. Deixe suas Observações/Sugestões/Opinões/Referências

113. Estar de acordo com a necessidade de transferência para antibiótico-terapia no hospital em caso de resultado positivo para o exame de estreptococos (do grupo B, EGB) vaginal após 18 horas de bolsa rota quando houver rastreamento *
 A mulher deve estar de acordo com a necessidade de transferência para antibiótico-terapia no hospital em caso de resultado positivo para o exame de estreptococos (do grupo B, EGB) vaginal após 18 horas de bolsa rota quando houver rastreamento.
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

114. Deixe suas Observações/Sugestões/Opinões/Referências

115. Estar de acordo com uso de ocitocina no pós-parto quando necessário *
 A mulher deve estar de acordo com uso de ocitocina no pós-parto quando necessário (sangramento aumentado).
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

116. Deixe suas Observações/Sugestões/Opinões/Referências

117. Não necessitar de métodos farmacológicos de alívio da dor ou uma epidural durante o trabalho de parto *

A mulher não deve desejar métodos farmacológicos de alívio da dor ou uma epidural durante o trabalho de parto.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

118. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

119. Ter alguém que possa estar em sua casa durante as primeiras 24 horas após o nascimento *

Ter alguém que possa estar em sua casa durante as primeiras 24 horas após o nascimento. Por exemplo: familiares, rede de apoio.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

120. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

121. Ter suporte social adequado antes, durante e após o parto *

A mulher deve ter suporte social adequado antes, durante e após o parto.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

Critérios de Elegibilidade das mulheres para o Pato Domiciliar Pl...

https://docs.google.com/forms/d/1ZL_puarg_0MFGEvNvPxE2aPr...

122. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

123. Registre abaixo OUTROS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE QUE VOCÊ ACREDITA QUE NÃO DEVEM FALTAR

Powered by
 Google Forms

Critérios de Elegibilidade das mulheres para o Parto Domiciliar Planejado - Questionário 2

PREZADO PARTICIPANTE, tive a grata satisfação de poder contar, na primeira etapa, com seu auxílio para o desenvolvimento da dissertação de mestrado intitulada "CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DAS MULHERES NO ATENDIMENTO AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO"; desenvolvida por mim, Letícia Colossi, sobre a orientação da Prof. Dra. Roberta Costa no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - PÉNUFSC.

Esta agora é a SEGUNDA e provavelmente ÚLTIMA ETAPA!

Nesta constará todos os critérios que não obtiveram consenso de 70%. Por isso estarão destacadas abaixo de cada critério as observações/sugestões/opiniões e/ou referências para que você possa ler o que seus colegas especialistas falaram e/ou, quando convier, estarão destacados algumas referências e/ou conclusões de estudos que sustentam tais critérios.

Este questionário pode levar em média 15-20 minutos para ser respondido. E peço a gentileza de ser respondido até o dia 25 (Seg) de setembro de 2017.

Muito grata pela sua participação. Qualquer dúvida estou a disposição pelos telefones: (48) 991694699 (Vivo), (48) 999794699 (WhatsApp/Tim) e e-mail: leticia.colossi7@gmail.com

*Obrigatório

1. Endereço de e-mail *

Variáveis que ainda não obtiveram consenso para serem considerados como critérios de elegibilidade para o atendimento do PDP

Classificado conforme a Escala Likert de respostas: (1) Totalmente não recomendado, (2) não recomendado, (3) Indiferente, (4) Recomendado, (5) Altamente recomendado.

Gestante deve ser multipara com partos vaginais prévios.

58,1% dos especialistas disseram que não recomendariam este como critério de elegibilidade.

Alguns comentários foram: "primípara também são elegíveis para o PD"; "A partidã não deve ser um fator de elegibilidade para um parto domiciliar"; "Não contraindico PD para primigestas"; "Apesar da recomendação da nova diretriz, não concordo que o pdp só deva ser oferecido à multiparas, porque estatisticamente a diferença de risco entre ph e pdp é extremamente pequena".

RECOMENDAÇÃO DA CONITEC 2016: "Informar as multiparas 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 onduas de outros países e não necessariamente aplicáveis ao Brasil. Informar as multiparas 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 (BRASIL, 2016, p.100).

2. Gestante deve ser multipara com partos vaginais prévios. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

3. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

Variáveis - História Obstétrica

Classificado conforme a Escala Likert de respostas: (1) Totalmente não recomendado, (2) não recomendado, (3) Indiferente, (4) Recomendado, (5) Altamente recomendado.

Não deve ter cesareana prévia

32,2% dos especialistas disseram que não recomendariam este como critério de elegibilidade. E 36,7% tiveram opinião indiferente e 29% recomendariam esse critério.

Alguns comentários foram: "Depende da data da cesariana, atendemos após 2 anos da data da cesariana"; "Se a mulher/casal optar por seguir com o plano de PD após os esclarecimentos devidos e assinatura de termo de consentimento correspondente, seguimos com a assistência"; "Depende do comprometimento da família e se a mulher assume o risco de ruptura uterina. Neste caso estar em casa pode fazer diferença no tempo de transporte para a agilidade do atendimento a emergência."; "Um cesariana prévia considero Indiferente. Acima de uma, sugiro discussão com equipe e individualização do caso, mas, em geral, não recomendo.".

O VBAC está associado a um maior risco de ruptura uterina do que o cesarianas eletivas de repetição, embora as estimativas mais atualizadas sugiram que o risco absoluto permaneça abaixo de 0,5%. Embora a ruptura do útero possa ser um evento catastrófico que exija intervenção médica e cirúrgica de emergência, infelizmente resulta em danos prolongados para a mãe ou o bebê. Nenhum modelo conseguiu prever com precisão quais mulheres são mais propensas a sofrer ruptura uterina (OAM, 2011)

As pesquisas de mais alta qualidade as mais recentes apoiam a VBAC como uma escolha segura para a maioria das mulheres com incisão uterina longitudinal anterior, e as taxas globais de complicações maternas e perinatais são baixas para VBAC e Cesarianas Eletivas (GUSE et al,2010)

4. Não deve ter cesariana prévia *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

5. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

Não deve ter história de uma cesariana com incisão uterina clássica (incisão uterina longitudinal, vertical abaixo do umbigo)

38,7% recomendariam esse critério.

Alguns comentários foram: "Esta aumenta o risco de ruptura uterina, então deve-se levar em consideração e escolha informada da família".

As contra-indicações para uma mulher que planeja um VBAC, geralmente aceitas por diversas diretrizes e organizações profissionais são: cicatriz uterina clássica, longitudinal, e/ou transversal, tb chamada de incisão de Pfannenstiel; e ruptura uterina anterior a uma mulher que declina o VBAC e optou por uma cesariana (SOGC 2005; American College of Nurse-Midwives, 2004; AOM, 2011).

6. Não deve ter história de uma cesariana com incisão uterina clássica (incisão uterina longitudinal, vertical abaixo do umbigo) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

7. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

Não deve ter história de 3 ou mais cesarianas anteriores

61,1% recomendariam esse critério.

Alguns comentários foram: "Esta aumenta o risco de ruptura uterina, então deve-se levar em consideração e escolher informada da família"; "Segundo estudos existem contra-indicações absolutas nestas situações"; "Acima de 2, sugiro discussão com equipe"; "não atenderemos com mais de duas".

O risco de morbidade materna aumenta com o número de cesáreas anteriores, especialmente para mulheres com mais de três cesáreas anteriores, enquanto existem poucos riscos associados a VBAC cumulativos. (MERCER et al, 2008). As múltiplas cesarianas aumentam o risco de hemorragia, aderências, lesão cirúrgica, histerectomia, infecção, placenta prévia e placenta acreta. O aumento da morbidade materna associado as cesarianas eletivas de repetição e a múltiplas cesarianas múltiplo têm implicações a longo prazo para a saúde das mulheres, especialmente aqueles que planejam ter mais de uma criança após a cesárea atual. Pesquisa sugere que o risco de placenta acreta aumenta com cada cesariana de 3,3% com uma cesárea para 40% na terceira e 67% na quinta. (ANDOLF et al, 2010; GUISE et al,2010; SOLHEIM et al,2011; SILVER et al 2010; SILVER et al 2006)

8. Não deve ter história de 3 ou mais cesarianas anteriores *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

9. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

Deve ter mais de um ano entre o último parto até a data provável de parto na gestação atual

38,7% dos especialistas disseram que não recomendariam este como critério de elegibilidade.

Alguns comentários foram: "Desconheço pesquisas que se prendem as datas de cesariana anterior para o sucesso de VBAC. Pessoalmente não levo em consideração. Mas sim o comprometimento da família"; "Não há contra-indicações neste sentido"; "Não considero esse intervalo como um critério de segurança"; "se for cesariana anterior"; "predisamente 18 meses no mínimo"; "Sem importância".

10. Deve ter mais de um ano entre o último parto até a data provável de parto na gestação atual *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

11. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

Ter menos de 5 nascimentos anteriores, independentemente da via

41,9% dos especialistas disseram que não recomendariam este como critério de elegibilidade.

Alguns comentários foram: "Não deixaria de atender esta mulher, mas conversaria/proporia o uso de ocitodina imediatamente após o parto como medida de prevenção de hemorragia pós parto"; "Sendo o último nascimento, por via vaginal, não vejo contra indicação"; "Risco aumentado de atonia uterina no pós parto imediato"; "Eu já acompanhei multiparas com mais de 15 partos sem problema nenhum. Não vejo problema. Se engravidou, pode parir."; "Se a equipe técnica estiver qualificada para atender hemorragia e houver um hospital de referência próximo, acredito que possa acontecer um pdp".

Grande multiparidade: Embora não seja consistente, foram demonstradas ligações entre grande multiparidade e condições médicas, desprendimento placentário, parto prematuro, macrosomia fetal, morte neonatal, hemorragia pós-parto e transfusão de sangue (YASMEEN et al, 2005; ALIYU et al 2005; SHELDON et al 2014)

12. Ter menos de 5 nascimentos anteriores, independentemente da via *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

13. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

Não deve ter história obstétrica anterior de hemorragia pós-parto excedendo um (1) litro de sangue ou que necessitou de reposição sanguínea

38,7% tiveram opinião indiferente e 38,7% recomendaram esse critério.

Alguns comentários foram: "Discutiria com a mulher protocolos de prevenção de hemorragia pós parto"; "Expor o risco de ocorrer outra hemorragia, mas não excluir o PD"; "depende da individualidade do histórico dela. Por que sangrou? Atendida com medidas de segurança: Acesso venoso pronto e manejo ativo do 3o estágio"; "Apesar de haver maior risco de HPP, se a gestante está bem informada dos riscos e a equipe disponha de medicamentos e meios para o manejo, acho possível."; "hemoglobina abaixo de 10 g/dl exclui PD. Reposição de ferro recomendado no 2º trimestre ou antes"; "Penso que seja um alerta, mas se a equipe está preparada para o atendimento imediato de uma hemorragia pós-parto e pronta transferência se houver necessidade, não pe necessário excluir a opção pelo PD".

Uma série de complicações obstétricas passadas provavelmente se repetirão em gravidezes subsequentes colocando a mãe e seu bebê em risco aumentado durante ou logo após o nascimento, dentre elas a hemorragia pós-parto severa (Australian College of Midwives 2013)

14. Não deve ter história obstétrica anterior de hemorragia pós-parto excedendo um (1) litro de sangue ou que necessitou de reposição sanguínea *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

15. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

Não deve ter história obstétrica anterior de distúcia do ombro

36,7% tiveram opinião indiferente

Alguns comentários foram: "a distócia pode não se repetir, só manteria esse histórico claro na atuação ao atendimento ao parto"; "Não há contra-indicações neste sentido. A distócia de ombros pode ocorrer em qualquer nascimento. O diferencial é a equipe/profissionais estar treinado para identificar e manobrar adequadamente a situação"; "Avaliar peso fetal e história do parto anterior"; "A distócia de ombro anterior pode ser causada pelo mau manejo do parto. Cada parto é um parto"; "Se a equipe técnica estiver qualificada para atender distócias e realizar reanimação do RN e houver um hospital de referência próximo, acredito que possa acontecer um pdp".

Uma série de complicações obstétricas passadas provavelmente se repetirão em gravidezes subsequentes colocando a mãe e seu bebê em risco aumentado durante ou logo após o nascimento, dentre elas a distócia de ombro (Australian College of Midwives 2013)

16. Não deve ter história obstétrica anterior de distócia do ombro *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

17. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

Não deve ter história de abortos espontâneos repetidos e/ou dois ou mais abortos espontâneos tardios

36,7% tiveram opinião indiferente

Alguns comentários foram: "Não há contraindicações neste sentido. Caso a gestação evolua até o termo sem outras complicações, poderá se optar pelo PD se este for o desejo do casal"; "consideramos a história de abortamentos seguidos de curetagens, mais do que o número de abortos"; "Se essa gestação chegou a termo e continua de risco habitual não vejo problemas".

As mulheres que tiveram vários abortos são mais propensas a ter um bebê prematuro ou de baixo peso quando posteriormente têm filhos, de acordo com um grande estudo da Finlândia. Dr. Reija Klemetti, diz que no entanto, o risco aumentado é muito pequeno, particularmente depois de apenas um ou mesmo dois abortos, e as mulheres não devem ficar alarmadas com nossas descobertas. Os pesquisadores descobriram também que as mães primigestas com abortos induzidos anteriormente "eram mais frequentemente fumantes, solteiras, de áreas urbanas e de uma posição socioeconômica mais baixa, e tinham ocorrências de abortos espontâneos e gravidezes ectópicas antes do primeiro nascimento". Mas mesmo assim, tornou-se evidente que ainda havia um pequeno risco aumentado ligado a múltiplos abortos. Aqueles que sofreram três ou mais foram ligeiramente mais propensos a ter um bebê de

muito baixo peso ao nascer (menos de 1500 g), baixo peso ao nascer (menos de 2500 g), pré-termo (antes de 37 semanas) ou muito pré-termo (antes de 28 semanas) em comparação aqueles que nunca tiveram um aborto. Houve um ligeiro risco aumentado de nascimento muito prematuro também para mulheres que sofreram dois abortos (KLEMETTI, 2012)

18. Não deve ter história de abortos espontâneos repetidos e/ou dois ou mais abortos espontâneos tardios *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

19. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

Não deve ter história do parto prematuro do infante, morte inexplicada

Este item foi recomendado ser subdividido. Considera por história de parto prematuro do infante aquele ocorrido após as 20 semanas de gestação ou mais com o feto pesando acima de 500 gramas e tiver mais de 25 cm. E por morte inexplicada, aquele feto que não foi identificado o motivo de sua morte.

Sobre este, houveram tais comentários: "eu não excludo para PD uma gestante que teve um parto prematuro, se nesta gestação ela tiver uma gestação a termo"; "Caso de prematuro, obviamente esperaria parto termo para o atendimento"; "consideramos a atual evolução da gestação"; "Cada gestação é única, e deve ser considerada como tal".

20. Não deve ter história do parto prematuro do infante, morte inexplicada *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

21. Deixe suas Observações/Sugestões /Opiniões/Referências

Não deve ter história de mortalidade neonatal associado a

doença materna, recém-nascido infectado com estreptococos (do grupo B, EGB), congênita ou anomalia genética.

Os comentários feitos em relação a este critério foram: "Considerando-se a segunda sentença da frase " mortalidade neonatal associado a doença materna", está descartada a possibilidade de PD"; "Consideraria com escolha informada da mulher, antibiótico IV se caso EGB"; "recém nascido infectado por estreptococos não contraindica o PD, mas nesse contexto o critério como um todo julgo altamente recomendado".

As mulheres devem ser oferecidas profilaxia antibiótica intraparto se o EGB foi detectado em uma gravidez anterior, independentemente do estado do portador nesta gravidez. Explique às mulheres que a probabilidade de infecção por EGB materna nesta gravidez é de 50%. Discuta as opções do profilaxia antibiótica intraparto, ou testes bacteriológicos no final da gravidez e, em seguida, ofereça o profilaxia antibiótica intraparto se ainda for positivo, segundo as mais recentes recomendações da BJOG 2017

Ha uma série de fatores de risco clínicos que parecem colocar as mulheres com maior risco de ter um bebê com doença estreptocócica do grupo B neonatal. Um desse incluem: ter tido um bebê anterior com doença de EGB (BJOG 2017).

O profilaxia antibiótica intraparto deve ser oferecido a mulheres com um bebê anterior com doença de EGB inicial ou tardia (BJOG 2017)

Mães que tiveram um bebê anterior afetados por EGB de início precoce ou tardio estão em maior chance de outro bebê afetado em comparação com mulheres com status de portadora similar que não tiveram um bebê afetado. Os motivos deste risco aumentado não é claro, mas pode indicar a persistência do transporte de uma estirpe virulenta de EGB ou uma resposta imune deficiente (CARSTENSEN et al, 1988; FAXELIUS et al, 1988; CHRISTENSEN , 1991 apud BJOG 2017) Tendo em vista esse risco potencialmente aumentado e a possibilidade de testes falso-negativos em testes antenatais, recomendamos a antibioticoterapia intraparto em tais casos e não são recomendados testes bacteriológicos maternos (BJOG 2017)

22. Não deve ter história de mortalidade neonatal associado a doença materna, recém-nascido infectado com estreptococos (do grupo B, EGB), congênita ou anomalia genética. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

23. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

Variáveis - Gestação Atual

Classificado conforme a Escala Likert de respostas: (1) Totalmente não recomendado, (2) não recomendado, (3) Indiferente, (4) Recomendado, (5) Altamente recomendado.

Idade > 16 anos

61,3% recomendariam esse critério.

Alguns comentários foram: "por questões legais"; "Nesse caso importante a participação dos responsáveis pela gestante, assim como o companheiro, se houver"; "É contra-indicado se adolescente com risco psicossociais"; "Sendo avaliadas outras questões, como a rede de apoio familiar".

As mulheres grávidas com idade entre 15 e 19 anos tiveram maior probabilidade de pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, hemorragia pós-parto, mal crescimento fetal e sofrimento fetal (Cavazos-Rehg et al, 2015). A gravidez na adolescência foi associada a desfecho adverso, como baixo peso ao nascer, parto prematuro, pequeno para idade gestacional e malformações. O risco de baixo peso ao nascer foi afetado principalmente por fatores demográficos (etnia materna, falta de assistência pré-natal) e fatores médicos (hipertensão induzida pela gravidez, malformações) (Gortzak-Uzan et al 2001).

24. Idade > 16 anos *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

25. Deixe suas Observações/Sugestões/Opinões/Referências

Idade materna < 42 anos

45,2% dos especialistas disseram que não recomendariam este como critério de elegibilidade.

Alguns comentários foram: "Se não houver comorbidades"; "Os extremos de idade são contra-indicados de acordo com alguns protocolos, mas não há consenso e não é critério de exclusão pelo COREN"; "Exigir morfológico para descartar malformações"; "É crescente o número de mulheres acima dos 42, saudáveis, à espera, muitas vezes, de seus primeiros bebês".

A idade materna avançada está associada a condições médicas pré-existentes, complicações obstétricas e resultados adversos de parto e parto, incluindo macrosomia fetal, parto prematuro, morte fetal por asfixia Intrapartum a termo, quase perda materna e morte materna

(CIANCIMINO et al 2014; JACQUEMYN et al 2014; LAOPAIBOON et al 2014; LUDFORD et al 2012; HEFFNER et al 2004; KENNY et al 2013; PAGUPATHY et al 2011). O risco de anormalidades congênitas também aumenta com o avanço da idade materna (HEFFNER et al 2004)

26. Idade materna < 42 anos *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

27. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

Não deve ter gravidez por tecnologia de reprodução assistida

41,9% dos especialistas disseram que não recomendariam este como critério de elegibilidade. E 41,9% tiveram opinião indiferente.

Alguns comentários foram: "Não há nenhuma contra-indicação neste sentido"; "Pelo índice maior de acretismo placentário e síndromes genéticas, mas, individualizaria."; "Depende da técnica. FIV aumenta acretismo placentário, inseminação não".

Estudos mostraram que as concepções por tecnologia de reprodução assistida estão associadas a um risco aumentado de resultados obstétricos adversos. Estes incluem parto prematuro, baixo peso ao nascer bebê / pequeno para idade gestacional, admissão em uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e mortalidade perinatal para o bebê e pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e uma placenta baixa na mãe (Takaikar & Anulkumar, 2013)

28. Não deve ter gravidez por tecnologia de reprodução assistida *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

29. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

Durante a gravidez atual não deve ter diabetes gestacional mesmo que com glicemia controlada apenas por dieta

48,4% recomendariam esse critério.

Alguns comentários foram: "Diabetes gestacional com glicemia controlada por dieta, questiono esse diagnóstico. Apesar da alteração do TTGO, consideramos miniperfil glicêmico, repercussões fetais (percentil, líquido amniótico), características maternas (ganho de peso, altura uterina, alimentação, atividade física). Ao colocar o item 3 eu quero dizer que não consideramos apenas a definição atual de diabetes gestacional da SOGESP (alteração de 1 valor do TTGO com 24-28 semanas de gestação)"; "depende do controle da glicose na gestação. Também será necessário olhar de perto o RN, de preferência com avaliação pediátrica"; "Não recomendado o PD para as gestantes com DMG"; "Talvez possa ser repensado, se não há nenhuma evidência fetal de descompensação- peso adequado, LA normal"; "A "diabetes gestacional" não é universalmente acreditada como uma doença real em todos os circuitos de parteiras/médicos. Tem muitas parteiras profissionais que acompanham e usam outros parâmetros para medir o estado de saúde da mulher que não é o convencional de medir os níveis de tolerância a glicose. Eu avaliaria com muita atenção, sem preconceito".

30. Durante a gravidez atual não deve ter diabetes gestacional mesmo que com glicemia controlada apenas por dieta *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

31. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

Não deve ter sangramento vaginal anteparto inexplicado (especialmente após o primeiro trimestre)

42% dos especialistas disseram que não recomendariam este como critério de elegibilidade.

Alguns comentários foram: "Se o sangramento foi inexplicado e o feto manteve sua vitalidade, assim como inserção placentária não concordo em excluir o PD para essa gestante"; "Qualquer sangramento vaginal (Independente do período) precisa ser Investigado e pode inviabilizar o PD"; "se sangramento de pequena monta, placenta bem localizada, sem evidência de vasa previa, não contra-indicaria"; "Acredito que as causas do sangramento devam ser estudadas antes de excluir a mulher".

32. Não deve ter sangramento vaginal anteparto Inaplicado (especialmente após o primeiro trimestre) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

33. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

Não deve ter tido infecção urinária de repetição durante a gravidez atual

45,2% dos especialistas disseram que não recomendariam este como critério de elegibilidade.

Alguns comentários foram: "Inviável nestes casos, caracteriza gestação de risco"; "Acima de 3, acho arriscado, mas, individualizaria"; "Se tratada, recebeu profilaxia e tem urocultura recente negativa, não excluiria"; "depende da evolução dos controles de pré-natal e do tipo de bactéria envolvida e tratamento realizado".

As sequelas mais graves das ITU durante a gravidez incluem baixo peso ao nascer, parto prematuro, anemia, insuficiência renal, hipertensão e infecção sistêmica (Amin et al 2015; Deizeli & Lefevr, 2000; Morken et al 2011). ITU na gravidez (seja na forma assintomática, cistite ou pielonefrite) aumenta em 50% o risco de pré-eclâmpsia (CHANG et al 2005).

34. Não deve ter tido infecção urinária de repetição durante a gravidez atual *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

35. Deixe suas Observações/Sugestões/Optimizações/Referências

Não deve ter tido história de Infecção de URINA por EGB na gestação atual

42% dos especialistas disseram que não recomendariam este como critério de elegibilidade.

Alguns comentários foram: "Caso os exames apontem a cura da infecção não há contra-indicação para PD"; "Tratada e com exame repetido e negativo, individualizaria. Conversaria sobre possível transferência Intra parto se BR prolongada e evolução lenta"; "Acho apenas que deve ser pesquisado strepto no final da gestação e caso negativo, manter o PD"; "avaliar o caso e tratamento intraparto".

Segundo recomendações da BJOG 2017 sobre como gerenciar a bacterúria GBS na gravidez atual diz que:

Os clínicos devem oferecer antibiótico-profilaxia às mulheres com bacterúria GBS identificadas durante a gravidez atual.

As mulheres com infecção do trato urinário de GBS (crescimento superior a 105 ufc / ml) durante a gravidez devem receber o tratamento adequado no momento do diagnóstico, bem como o antibiótico-profilaxia (BJOG 2017).

A bacterúria por EGB (estreptococos do grupo B (EGB)) materna em uma mulher grávida é considerada um marcador para a colonização do aparelho genital com este organismo, o que representa um risco significativo de ruptura prematura das membranas, parto prematuro e infecção neonatal grave de início precoce (Centers for Disease Control and Prevention: Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease: Revised Guidelines from CDC, 2010)

Há uma série de fatores de risco clínicos que parecem colocar as mulheres com maior risco de ter um bebê com doença estreptocócica do grupo B neonatal. Um desse incluem: descoberta de EGB presente na urina materna através da investigação bacteriológica durante a gravidez (BJOG 2017)

36. Não deve ter tido história de infecção de URINA por EGB na gestação atual (mesmo que tratada). *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

37. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

Não deve ter anemia - hemoglobina inferior a 10g/dl observadas no último exame realizado na gestação

61,3% recomendariam esse critério.

Alguns comentários foram: "No caso de anemia contraindicado se Hb < 8 g/dl, avaliar com maior frequência este indicador"; "Suplementar até o parto e avaliar melhora através de exames mais periódicos para liberar para o PDP"; "Faria reposição mesmo não conseguindo repetir exame a tempo e individualizá-la. Mas, considero recomendado".

Segundo OMS (2001) e Ministério da Saúde (2012) os valores de Hb no último trimestre considerados anemia são os que estão abaixo de 11g/dl sendo: Anemia leve a moderada Hb de 8g/dl a 10g/dl e Anemia grave <8g/dl.

Quanto menor os valores de hemoglobina: menor tolerância às perdas sanguíneas do parto, resultando em maior risco de anemia pós-parto e hemotransfusão; maior chances de morte fetal, hipoxemia fetal, prematuridade, quadro séptico por ruptura prematura de membranas e restrição de crescimento intrauterino, muitas vezes com alterações irreversíveis do desenvolvimento neurológico da criança.

38. Não deve ter anemia - hemoglobina inferior a 10g/dl observadas no último exame realizado na gestação *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

39. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

Índice de massa corporal é >35 kg/m² ou peso materno inferior a 100 kg

54,8% recomendariam esse critério.

Alguns comentários foram: "Não excluiria as que excedessem, se não houvessem patologias associadas"; "depende da evolução da gravidez, tamanho fetal, altura uterina e fatores associados."; "Obesidade não é contraindicativa para Parto domiciliar. De forma alguma"; "Peso somente em números não falam do estado global da mulher. É necessário entender durante o pré-natal o porque do ganho excessivo de peso, tomar medidas cabíveis e entender se esse ganho está trazendo outras complicações ou não. Caso não na minha opinião não existe conta Indicação para PD.".

A obesidade materna está associada ao aumento do risco de diabetes gestacional, nascimento fetal, pré-eclâmpsia, tromboembolismo, mortalidade materna e anormalidades no crescimento e desenvolvimento fetal. Durante o trabalho de parto, obesidade também está associada ao aumento dos riscos de trabalho prolongado e falha no progresso, hemorragia pós-parto, distócia do ombro e dificuldades no monitoramento do batimento cardíaco fetal (RANZCOG, 2013) Uma revisão sistemática recente também confirmou uma relação entre obesidade materna e morte fetal, nascimento fetal, neonatal e morte perinatal (AJUNE et al, 2014)

40. Índice de massa corporal é $>35 \text{ kg/m}^2$ ou peso materno inferior a 100 kg *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totamente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

41. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

Durante a gravidez atual não deve ter Macrosomia suspeita

45,2% recomendariam esse critério.

Alguns comentários foram: "A suspeita de macrosomia não exclui o PD. Avaliar e confirmar a informação com a história materna (DMG por exp)"; "Discutir risco no pré-natal e observar atentamente evolução do TP"; "Tem que avaliar o contexto, o tamanho dos pais e avaliar dieta, diabetes."; "Mantida a programação depois de alerta e conversa com os pais e colocar maior probabilidade de DCP e remoção"; "não deve estar ligado a nenhum tipo de alteração patológica"; "Bebê grande pode nascer em casa, e não gosto de chamar eles de 'macrosômicos'. As mulheres podem parir bebês grandes sim".

A macrosomia fetal está relacionada ao sobrepeso materno, ganho de peso excessivo na gravidez e/ou diabetes mellitus gestacional (DMG). A morbimortalidade materna e fetal elevada envolve fatores como hiperglicemia, hiperinsulinemia, presença de co-morbidades e complicações agudas e crônicas próprias do diabetes mellitus. A macrosomia tem

repercussões fetais importantes, como o aumento do risco de óbito fetal e complicações como toco-traumatismo, distócias, hipoglicemia neonatal, miocardiopatia hipertrófica, malformações e trombose vascular. As consequências maternas observadas são: elevada taxa de cesárea, laceração perineal extensa, hemorragia pós-parto (SILVA, 2006)

42. Durante a gravidez atual não deve ter Macroomia suspeita*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

43. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

Durante a gravidez atual não deve ter polidramnia ou oligodramnia

58,1% recomendariam esse critério.

Alguns comentários foram: "Necessário investigação sobre a causa"; "Inviável nestes casos"; "Polidramnia acho mais grave. Avaliaria oligo pelo maior bolsão vertical e não pelo ILA, a depender da IG"; "depende se for achado isolado ou associado"; "A quantidade do líquido amniótico é variável, dependendo da hidratação materna entre outros fatores. Se tiver polidramnios real, a mãe e pai podem decidir se partir em casa com o 15% chance de malformação e algo que eles querem fazer. Deixo para a decisão ser baseada em consentimento informado. Oligodramnia é sempre relativa"; "Estudo das causas necessário. Caso não haja nenhuma patologia envolvida ao meu ver a gestação segue de risco habitual".

A causas mais comuns de oligodramnio são: rotura prematura de membranas, Síndrome hipertensiva, Diabetes com vasculopatia, Doenças do colágeno, Síndrome antifosfolípide, ingestão de fármacos (em especial os inibidores da enzima de conversão da angiotensina e da síntese de prostaglandinas, e os anti-inflamatórios), Sofrimento fetal crônico, RCIU, Malformações do sistema urinário fetal, Infecções congênicas, Cromossomopatias, entre outros. A oligohidramnia aumenta o risco de compressão funicular e se associa com frequência ao sofrimento fetal.

As causas principais de Polidramnio são: Diabetes mellitus, Gemelaridade, Anomalias congênicas:

do Sistema nervoso central, Trato gastrointestinal, Aparelho cardiovascular, Aparelho respiratório, Aparelho urinário, Infecções congênicas, Doença hemolítica perinatal; Hidropsia fetal não imune. No trabalho de parto é recomendável o prévio esvaziamento (amniocentese descompressiva), com o objetivo de normalizar a cinética uterina e melhorar a oxigenação fetal. A amniotomia, quando indicada, deverá ser praticada com cuidado, pelo risco do prolapso de cordão e do descolamento prematuro da placenta (BRASIL, 2010)

44. Durante a gravidez atual não deve ter polidramnia ou oligodramnia *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

45. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

Não deve estar fumando durante a gestação

51,6% recomendariam esse critério.

Alguns comentários foram: "depende da quantidade de cigarros"; "Descartado qualquer consequência para o feto (restrição de crescimento, por exemplo)"; "Inviável nestes casos. Drogas ilícitas ou ilícitas contra-Indicam o PD"; "Não excluiria, se não houver outra patologia associada"; "Fumantes de mais de 4 cigarros /dia podem ortar placenta acreta e/ou de péssima Integridade / hemorragia posparto assim como bebês mal nutridos. Eu não aceito fumantes para acompanhar parto domiciliar, a menos que sejam mulheres que conseguem passar a fumar realmente muito pouco. Vou avaliar individualmente".

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os filhos de fumantes têm capacidade pulmonar duas vezes menor do que de gestantes que não fumaram durante a gestação e há grandes chances de ocorrer morte repentina do bebê. Além destes há riscos para mulher de: hemorragias, aborto espontâneo, destruição de nutrientes como a vitamina C, Fadiga muscular, hipoglicemia, dores de cabeça, aumento do colesterol, distúrbios circulatórios inclusive trombose e embolia pulmonar. E dos riscos neonatais são: nascer prematuro, pulmões imaturos, ter baixo peso, exposição a agentes tóxicos que podem deixar sequelas permanentes, mutações genéticas como no gene HPRT – que é um marcador biológico que registra exposição a agentes cancerígenos, risco de desenvolver depressão, risco de autismo, risco de morte súbita, desnutrição.

46. Não deve estar fumando durante a gestação *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

47. Deixe suas Observações/Sugestões/Opiniões/Referências

Estar de acordo com a necessidade de transferência para antibiótico-terapia no hospital em caso de resultado positivo para o exame de estreptococos (do grupo B, EGB) vaginal após 18 horas de bolsa rota quando houver rastreamento

64,5% recomendariam esse critério.

Alguns comentários foram: " não rastreio estreptococo e não transfiro por bolsa rota" ; "A decisão de ir para o hospital após bolsa rota sem desencadear o TP é conversado em cada situação, assim como as gestantes tomam ciência dos riscos e assinam o termo. Não faz parte do nosso protocolo solicitar o exame de estreptococos para gestantes que optam pelo PD. Se a gestante, decide colher o estrepto será um quesito a ser considerado após a BR" ; "Não concordo. Durante todos os anos de "atama" sobre o estreptococo B nunca mandei fazer exame nas minhas mulheres e agora que foi demonstrado que não faz diferença nenhuma, tom não. faz tratamento de algo intravaginal antes do exame para negatizar e ter o resultado em caso de transferência para o hospital".

Segundo as recomendações da Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention of early-onset neonatal group B streptococcal disease (RCOG) 2017, as mulheres rastreadas, a termo, com teste positivo para EGB, com ruptura prematura de membrana devem iniciar antibiótico-profilaxia/terapia imediatamente e iniciar o quanto antes a indução do trabalho de parto. E para aquelas que não fizeram rastreamento ou quando tem resultado negativo para EGB não é recomendado antibiótico-profilaxia (BJOG 2017)

48. **Estar de acordo com a necessidade de transferência para antibiótico-terapia no hospital em caso de resultado positivo para o exame de estreptococos (do grupo B, EGB) vaginal após 18 horas de bolsa rota quando houver rastreamento ***
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Totalmente não recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altamente recomendado

49. Deixe suas Observações/Sugestões/Opinões/Referências

Powered by
 Google Forms