

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E  
SOCIEDADE**

**JOYCE GREEN KOETTKER**

**PARTO DOMICILIAR PLANEJADO ASSISTIDO POR  
ENFERMEIRAS**

**FLORIANÓPOLIS  
2010**



**JOYCE GREEN KOETTKER**

**PARTO DOMICILIAR PLANEJADO ASSISTIDO POR  
ENFERMEIRAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem-Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Odaléa Maria Brüggemann  
Coorientadora: Dra. Rozany Mucha Dufloth  
Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

**FLORIANÓPOLIS  
2010**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária  
da  
Universidade Federal de Santa Catarina

K78p Koettker, Joyce Green  
Parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras  
[dissertação] / Joyce Green Koettker ; orientadora, Odaléa  
Maria Brüggemann. - Florianópolis, SC, 2010.  
135 p.: tabs.

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

Inclui referências

1. Enfermagem obstétrica. 2. Parto Domiciliar. 3.  
Parto Humanizado. I. Brüggemann, Odaléa Maria. II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

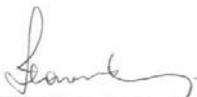
**JOYCE GREEN KOETTKER**

**PARTO DOMICILIAR PLANEJADO ASSISTIDO POR  
ENFERMEIRAS**

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

**MESTRE EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 07 de dezembro de 2010, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



---

Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Coordenadora do Programa

**Banca Examinadora:**



---

Dra. Odaléa Maria Brüggemann  
Presidente



---

Dra. Roxana Knobel  
Membro



---

Dra. Mariça Monticelli  
Membro



**DEDICO este trabalho...**

... ao Tito Juliano, meu marido, companheiro, incentivador, amigo...

... à minha mãe e meu pai, por todos os ensinamentos da vida e apoio incondicional a todas as minhas decisões.

... à minha irmã e meus irmãos, amigos da minha trajetória.

... à Tia Flérida “Nightingale”, meu exemplo de garra, justiça e perseverança, a “mãe de todos”.



## Agradecimentos

À orientadora Odaléa Maria Bruggemann, a quem devo muitíssimo do meu crescimento na trajetória como pesquisadora. Muito obrigada pela sua magnífica forma de orientar... transferir saberes, paciência, amizade e dedicação. Tenha a certeza que todos os ensinamentos das várias horas que passamos juntas permearão futuros estudos. Obrigada por me mostrar as belezas do estudo quantitativo.

A Rozany Mucha Dufloh, coorientadora, pelas importantes contribuições em todos os momentos.

Aos demais membros da banca: Marisa Monticelli, Roxana Knobel e Maria de Fátima Zampieri, pelas preciosas contribuições desde a sementinha desta ideia, e ainda à querida Marialda, colega do doutorado.

À querida Tia Laura, pela precisa, ágil e minuciosa revisão desta dissertação.

Ao programa de pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina e colegas do GRUPESMUR, pelo apoio.

Às “hanamães”, aos “hanapais”, aos “hanabebês” e às “hanafamílias” que estiveram juntos com a Equipe Hanami, sem as quais a “partolândia” seria um local muito distante e esta grande conquista nunca teria existido.

À querida amiga Vania, que, além de todos os ensinamentos na área obstétrica, incentivou-me a produção científica; às minhas amigas e colegas de profissão, “Hanamigas”, ou “Raras Hamigas”, segundo a Nina.

A Laura and Jooske (great *midwives*) and their families for all support in Holland.

Aos “Hanamédicos”, verdadeiros parteiros na alma.

Às colegas e amigas da Maternidade Carmela Dutra, pela torcida e compreensão nos últimos dois anos. Em especial à Jaqueline de Souza Brasileira Vieira, pelo apoio em todos os obstáculos.

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



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

Orientador: Profa. Dra. Odaléa Maria Brüggemann.

Co-orientadora: Profa. Dra Rozany Mucha Dufloth.

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

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** o número de atendimentos ao parto domiciliar planejado vem crescendo nos últimos anos. A Organização Mundial da Saúde recomenda o domicílio como local de parto, desde que atendido por profissional qualificado e com um plano de transferência. **OBJETIVO:** avaliar os resultados da assistência obstétrica e neonatal do trabalho de parto, parto e puerpério imediato domiciliares, planejados, assistidos por enfermeiras. **MÉTODO:** trata-se de um estudo transversal com amostra composta por todos os partos das mulheres assistidas por enfermeiras no domicílio, de forma planejada, incluindo as transferidas para uma instituição de saúde, e seus recém-nascidos, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2009. Os dados foram coletados dos prontuários e das gravações audiovisuais arquivados pelas enfermeiras da Equipe Hanami e da Caderneta de Saúde do recém-nascido, com base em formulário padronizado. Realizou-se análise estatística descritiva, teste qui-quadrado ou exato de Fisher, teste t de Student e teste de Mann-Whitney. O nível de significância adotado foi de 5%. **RESULTADOS:** foram apresentados em dois artigos. No artigo 1, do total de 100 mulheres assistidas no domicílio a maioria era primípara (73,0%), com ensino superior completo (53,0%), teve acompanhante (99,0%), apresentou batimentos cardíacos fetais sem alteração (94,0%), com traçado do partograma sem alteração na curva de alerta (61,0%) e não apresentou distocia funcional (70,0%). A taxa de amniotomia foi de 9,0% e de líquido amniótico meconial de 7,0%. O tempo entre a primeira avaliação no domicílio e o parto foi < 5 horas em 46,1% dos casos, sendo mais frequente nas múltiparas do que nas primíparas ( $p=0,0402$ ). O parto de cócoras na água foi o mais escolhido (66,3%), e em especial pelas primíparas ( $p=0,0030$ ). Praticamente metade das mulheres (49,4%) não necessitou de sutura perineal e apenas em 1,1% foi indicada a episiotomia. A

maioria dos recém-nascidos (96,6%) recebeu escore de Apgar do 1º minuto  $\geq 7$ , 100,0% tiveram contato pele a pele e 70,8% sucção efetiva. A icterícia neonatal foi a intercorrência mais comum (44,3%). O artigo 2 apresenta os resultados das transferências maternas e neonatais de um recém-nascido e 11 parturientes. A maioria era primípara (63,6%), 100,0% foram transferidas no período de dilatação, sendo que parada da dilatação cervical e da descida do feto foram as indicações mais frequentes. A única transferência neonatal foi por anomalia congênita. Dos neonatos nascidos no hospital, 81,8% receberam escore de Apgar do 1º e 5º minuto  $\geq 7$  e não houve internação em Unidade de Terapia Intensiva. **CONCLUSÕES:** Os resultados obstétricos e neonatais indicam que é seguro o parto domiciliar planejado, assistido por enfermeira obstétrica, sob rigoroso protocolo assistencial e planejamento para as transferências. Os achados são semelhantes aos de pesquisas realizadas em países em que essa prática é consolidada e reconhecida pelo sistema de saúde. A comparação das características sociodemográficas e dos desfechos obstétricos e neonatais com a paridade, não mostrou diferença estatisticamente significativa na maioria das variáveis. Sugerem-se estudos com maior amostragem para verificar associações ou identificar variáveis preditoras de alguns desfechos e de transferências maternas.

**Palavras-chave:** Parto Domiciliar. Parto Humanizado. Enfermagem Obstétrica.

KOETTKER, Joyce Green. **Planned home birth assisted by obstetric nurses**. 2010. Thesis (Master's in Nursing – Nursing Graduate Program. Federal University of Santa Catarina, Florianópolis. 135p.  
Advisor: Dr. Odaléa Maria Brüggemann.  
Second-Adviser: Rozany Mucha Dufloth.  
Line of Research: Care and the process of living, being healthy, and becoming sick.

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** planned home birth assistance is growing despite hospital's one. The World Health Organization recommends homebirth as safe if assisted by qualified professional and with a plan for access to a referral centre. **OBJECTIVE:** to evaluate outcomes from obstetrics and newborn assistance of planned labor, delivery and post partum by obstetric nurses. **METHODS:** cross-sectional analysis of retrospective data, of all planned labors of women assisted at home and transferred to health centre and their newborn from January 2005 to December 2009. Data were collected from standardized form and recorded video held by the nurses of Hanami Team and from Health Document of Newborn. Statistics descriptive analysis and Chi-Square Test or Fisher's Exact Test, Student's t-test and Mann-Whitney Test were under taken. The level of significance was established at 5%. **RESULTS:** outcomes were presented in two articles. In the first article, from a total of 100 women assisted at home, the majority was primiparous (73.0%), completed university graduation (53.0%), had a companion (99.0%), had normal fetal heart beat (94.0), normal partogram (61.0%) and had no function distocia (70.0%). Membranes were ruptured artificially in 9.0% and meconium stain in 7.0%. Time between first evaluation and delivery was < 5 hours in 46.1% being more frequent in multiparous than primiparous ( $p=0.0402$ ). Water vertical (squatting) delivery was the most chosen position (66.3%), especially by primiparous ( $p=0.0030$ ). Nearly half of women (49.4%) didn't need perineal suture and in only 1.1% was indicated episiotomy. The majority of the newborn (96.6%) received Apgar score  $\geq 7$  at one minute, 100.0% had long skin to skin contact with their mother and 70.8% breastfed successfully. Jaundice was the most common neonatal problem (44.3%). The second article presents outcomes of maternal and neonatal transfers of one newborn and 11 woman. Most of women were primiparous (63.6%) and 100.0%

were transferred in first labor stage. The main reasons for transfer were slow progress of the first or in the second stage of labour. The only newborn transfer was by congenital anomalies. Of neonatal born at hospital 81.8% received Apgar score  $\geq 7$  at one and five minute and there were no admission in the neonatal intensive care unit. CONCLUSIONS: obstetrics and neonatal outcomes point out that planned home birth is safe, when assisted by obstetric nurse, with rigorous eligibility requirements and a good transportation and referral system when needed. Outcomes were similar to international papers where this practice is well integrated into the health system. There were no significant statistics difference in the majority of the variables when comparing women characteristics and neonatal and obstetrics outcomes to parity. Studies with bigger number of participants are suggested to verify associations or to identify predictor variable to some outcomes and maternal transfers.

**Key words:** Home Childbirth. Humanizing Delivery. Obstetrical Nursing.

KOETTKER, Joyce Green. **Parto domiciliario planificado atendido por enfermeras**, 2010. Tesis de Maestría (Maestría en Enfermería) - Programa de Posgrado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 135p.

Orientadora: Profa. Dra. Odaléa Maria Brüggemann.

Co-orientadora: Profa. Dra. Rozany Mucha Dufloth

Línea de investigación: El cuidado y el proceso de vivir, estar sano y adolecer.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La atención al parto domiciliario planificado ha ido creciendo en detrimento del parto hospitalario. La Organización Mundial de la Salud recomienda el domicilio como el lugar del parto, siempre y cuando sea atendido por un profesional cualificado y cuente con un plan de transferencia. **OBJETIVO:** Evaluar los resultados de la atención obstétrica y neonatal en el trabajo de parto, el parto y el posparto en casa, planeado y con la asistencia de enfermeras. **METODOLOGÍA:** se trata de un estudio transversal, cuya muestra está compuesta por todos los partos de las mujeres que fueron atendidas en casa y trasladadas a un centro de salud de una manera planificada y sus recién nacidos, entre enero de 2005 a diciembre de 2009. Los datos fueron recogidos de las historias clínicas y las grabaciones audiovisuales archivadas de las enfermeras del Equipo Hanami y de la Libreta de Salud del recién nacido, a partir de un formulario padrón. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva, chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher, prueba t de Student y test de Mann-Whitney. El nivel de significación adoptado fue del 5%. **RESULTADOS:** se presentaron en dos artículos. En el primer artículo, del total de 100 mujeres atendidas en su casa la mayoría eran primíparas (73,0%), con título universitario (53,0%), tenía un compañero (99,0%), la frecuencia cardíaca fetal no mostró cambios (94,0%), con partograma sin ningún cambio en la curva de alerta (61,0%) y no mostró distocia funcional (70,0%). La tasa de amniotomía fue del 9,0% y del líquido amniótico meconial del 7,0%. El tiempo entre la primera evaluación en el hogar y el parto fue <5 horas, en el 46,1% de los casos, siendo más frecuente en múltiparas que en primíparas ( $p = 0,0402$ ). El parto en cuclillas en el agua fue el más elegido (66,3%), y en especial por las primíparas ( $p = 0,0030$ ). Prácticamente la mitad de las mujeres (49,4%) no requirieron sutura perineal y sólo al 1,1% se le indicó una episiotomía. La mayoría de los

recién nacidos (96,6%) con puntuaciones de Apgar del 1° minuto  $\geq 7$ , 100,0% tuvieron contacto piel a piel y el 70,8% succión efectiva del pecho. La ictericia neonatal fue la complicación más frecuente (44,3%). En el segundo artículo se presentan los resultados sobre las transferencias maternas y neonatales de 11 parturientas y de un recién nacido. La mayoría eran primíparas (63,6%), 100,0% fueron trasladadas durante el período de dilatación, y la detención de la dilatación del cuello uterino y el descenso del feto son las indicaciones más frecuentes. El único traslado neonatal fue por una anomalía congénita. De los recién nacidos en el hospital, el 81,8% tuvo puntuaciones de Apgar al 1° y 5° minutos  $\geq 7$ , y ninguna internación en la Unidad de Cuidados Intensivos. **CONCLUSIONES:** Los resultados obstétricos y neonatales indican que el parto en casa planeado es seguro, siempre y cuando la asistencia sea hecha por enfermera obstétra, con un estricto protocolo, y con planificación para las transferencias. Los resultados son similares a las investigaciones realizadas en los países donde la práctica se ha establecido y es reconocida por el sistema de salud. Al comparar las características demográficas y los resultados obstétricos y neonatales con la paridad, se observó que no hubo diferencia estadísticamente significativa en la mayoría de las variables. Se sugiere que sean hechos estudios con muestras mayores para detectar asociaciones o identificar variables predictoras de algunos resultados y de las transferencias maternas.

**Palabras clave:** Parto Domiciliario. Parto Humanizado. Enfermería Obstétrica.

## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO 1

<b>Tabela 1.</b> Características sociodemográficas e obstétricas das mulheres assistidas no domicílio, segundo a paridade. Florianópolis, SC, 2005 a 2009.....	71
<b>Tabela 2.</b> Variáveis obstétricas do trabalho de parto na primeira avaliação no domicílio, segundo a paridade. Florianópolis, SC, 2005 a 2009.....	72
<b>Tabela 3.</b> Variáveis obstétricas da evolução do trabalho de parto das mulheres assistidas no domicílio, segundo a paridade. Florianópolis, SC, 2005 a 2009.....	74
<b>Tabela 4.</b> Variáveis do parto e do pós-parto imediato das mulheres assistidas no domicílio, segundo a paridade. Florianópolis, SC, 2005 a 2009.....	76
<b>Tabela 5.</b> Variáveis dos recém-nascidos assistidos no domicílio, segundo a paridade. Florianópolis, SC, 2005 a 2009.....	78

### ARTIGO 2

<b>Tabela 1 -</b> Características sociodemográficas e obstétricas das mulheres transferidas – Florianópolis – janeiro de 2005 a dezembro de 2009 (n = 11) .....	86
<b>Tabela 2 -</b> Variáveis obstétricas do trabalho de parto das mulheres transferidas – Florianópolis – janeiro de 2005 a dezembro de 2009 (n = 11) .....	88
<b>Tabela 3 -</b> Variáveis do atendimento institucional das mulheres transferidas – Florianópolis – janeiro de 2005 a dezembro de 2009 (n = 11) .....	89
<b>Tabela 4 -</b> Variáveis dos recém-nascidos das mulheres transferidas – Florianópolis – janeiro de 2005 a dezembro de 2009 (n = 11).....	90



## SUMÁRIO

<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>17</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
1.1 O LOCAL DE NASCIMENTO: DOMICÍLIO VERSUS HOSPITAL .....	21
1.2 PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: RESULTADOS OBSTÉTRICOS E NEONATAIS.....	26
1.3 A INSERÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO.....	29
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>35</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	35
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	35
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>37</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	37
3.2 AMOSTRA .....	37
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	37
3.4 CONTEXTO DO ESTUDO .....	38
3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	40
<b>3.5.1 Variáveis sociodemográficas e obstétricas da gestação.....</b>	<b>41</b>
<b>3.5.2 Variáveis obstétricas do trabalho de parto .....</b>	<b>42</b>
<b>3.5.3 Variáveis obstétricas do parto.....</b>	<b>43</b>
<b>3.5.4 Variáveis do recém-nascido.....</b>	<b>44</b>
<b>3.5.5 Variáveis obstétricas do pós-parto imediato.....</b>	<b>45</b>
<b>3.5.6 Variáveis do acompanhante .....</b>	<b>46</b>
<b>3.5.7 Variáveis do puerpério imediato.....</b>	<b>47</b>
<b>3.5.8 Variáveis sobre o atendimento institucional das mulheres transferidas .....</b>	<b>47</b>
<b>3.5.9 Variáveis dos recém-nascidos das mulheres transferidas.....</b>	<b>48</b>
3.6 COLETA DE DADOS .....	49
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	49
3.8 ASPECTOS ÉTICOS .....	49
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>51</b>
4.1 ARTIGO 1 – RESULTADOS DOS PARTOS DOMICILIARES PLANEJADOS ASSISTIDOS POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS EM FLORIANÓPOLIS.....	51

4.2 ARTIGO 2 – PARTOS DOMICILIARES PLANEJADOS ASSISTIDOS POR ENFERMEIRAS OBSTÉTICAS: TRANSFERÊNCIAS MATERNAS E NEONATAIS.....	80
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>97</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>101</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>113</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>133</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 O LOCAL DE NASCIMENTO: DOMICÍLIO VERSUS HOSPITAL

O parto domiciliar era a única alternativa para o nascimento no mundo até o século XIX. A assistência ao parto, à mulher e ao Recém-Nascido (RN), não era tarefa exclusiva de uma única pessoa ou uma atividade profissional especializada e as mulheres ajudavam-se umas às outras. Concomitante com o processo de industrialização, a assistência ao parto passou a ser desenvolvida como atividade de cunho profissional (MONTICELLI, 1994).

A historicidade da assistência ao parto tem início a partir do momento em que as próprias mulheres se auxiliam e iniciam um processo de acúmulo de saberes sobre a parturição. Então, aquela mulher que a comunidade considerava como a mais experiente era reconhecida como parteira, a qual, posteriormente, transformou seu dom em profissão e passou a atender partos, como fonte de subsistência (MELO, 1993).

Quando apareciam situações inusitadas, complicadas e perigosas as parteiras recorriam, na maioria das culturas, ao homem – inicialmente shamans, padres ou rabinos, os barbeiros-cirurgiões e, finalmente, aos médicos. A presença do homem era vivida com inquietude, pois significava que algo não acontecia dentro da normalidade (OSAVA, 1997).

No final do século XIX, com a queda da taxa da natalidade e o aumento da taxa de mortalidade materna e perinatal mundiais, surgiu no Brasil o interesse de promover ações que diminuíssem tais taxas. Assim, foi criada a assistência pré-natal, e os partos gradativamente passaram a acontecer no ambiente hospitalar; local que passou a ser considerado como o mais adequado e seguro para a mulher e o RN, pelos obstetras brasileiros (MARTINS, 2004).

No Brasil, até o século XX, o médico e as parteiras ainda assistiam a maioria das mulheres nas suas próprias casas. Somente após essa data, os obstetras iniciaram uma campanha de convencimento sobre as vantagens e segurança do parto hospitalar, até então utilizado somente pelas mulheres sem nenhum recurso financeiro (MARTINS, 2004). Houve a substituição do atendimento das parteiras pelos médicos, dando início à medicalização da assistência, com o uso do fórceps e de

anestesia (MONTENEGRO; BRAGA, 2010).

Paralelamente à institucionalização da assistência, a gestação e o parto passaram a ser vistos como eventos médicos, patológicos, que exigiam atenção, cuidados especializados e intervenções instrumentais e técnicas cirúrgicas. Com isso, gradativamente as mulheres passaram a depositar a segurança de seu parto nas mãos do médico (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2002).

Assim sendo, as mudanças relacionadas ao parto acabariam por caracterizá-lo como evento médico, que deixou de ser privado, íntimo e feminino e para ser vivido de maneira pública, na presença de outros “atores sociais”. Iniciaram-se assim as atividades de cunho profissional direcionada ao atendimento à mulher e formação de pessoal para a assistência ao parto, porém as parteiras continuaram a realizar seu trabalho, agora sob o olhar e controle médico (BRASIL, 2001).

Os médicos foram assumindo o controle da assistência ao parto. Desabituaados do acompanhamento de fenômenos fisiológicos, foram formados para intervir, resolver casos complicados e ditar ordens. O parto então passou a ser visto como um ato cirúrgico qualquer, e a mulher em trabalho de parto começou a ser chamada de “paciente” e, como tal, tratada como doente, 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).

A transferência do local do nascimento para o ambiente hospitalar rompeu uma grande cadeia formada por mulheres que, em toda a história obstétrica, trouxeram seus filhos ao mundo no domicílio, uma vez que consideravam o parto um evento natural (LARGURA, 2000). Com a institucionalização do parto surgiram as rotinas hospitalares, as intervenções médicas e o aumento indiscriminado, da cesariana, muitas vezes desnecessária (TANAKA, 1995).

Iniciou-se a era tecnológica, na qual a sociedade ocidental enalteceu a ciência, a alta tecnologia, o lucro econômico e o sistema patriarcal, denominada por Davis-Floyd (2001) de modelo tecnocrático de assistência. Um exemplo disso foram as rotinas hospitalares que, na maioria das vezes, eram e continuam sendo utilizadas sem nenhuma evidência científica. Esse tipo de sociedade influencia o acompanhamento do processo parturitivo, pois 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 tecnologia e condutas para atuar no “defeituoso” processo do nascimento (DAVIS-FLOYD, 2001).

Nesse modelo de assistência, inúmeras situações interferem na autonomia da mulher em trabalho de parto, entre elas a instalação de fluidoterapia, que dificulta a deambulação da mulher e que representa o cordão umbilical que a liga à instituição, colocando-a numa situação de dependência e passividade. A prioridade das condutas médicas em detrimento das escolhas da mulher também são valorizadas nesse modelo, como a adoção da posição de litotomia no parto, que, além de diminuir a perfusão de oxigênio para o feto, imobiliza a parturiente e faz com que os esforços de puxo e diâmetros pélvicos sejam diminuídos (DAVIS-FLOYD, 2001).

A medicalização do processo negou a capacidade autônoma parturitiva da mulher e define para ela um papel passivo na gestação e no nascimento, gerando a necessidade de hospitalização e de procedimentos médicos (DIAS; DESLANDES, 2006).

As altas taxas de cesariana no Brasil são muito superiores às recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996) que é de 15%, atingindo 44,0% em 2006, com 33,6% no setor público (BRASIL, 2008). Todavia, no setor privado a situação é ainda mais grave, com taxas de 64,3% em 2003 e de 80,7% em 2006, que correspondem a aproximadamente três vezes mais do que o setor público e duas vezes mais que a média nacional (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2008). Outros países também apresentam altas taxas de cesárea, como Coreia, Itália e México com 33% e Estados Unidos, Portugal e Austrália com cerca de 30% (OMS, 1996).

Atualmente já existem evidências científicas suficientes para afirmar que não ocorre diminuição sistemática e contínua da morbidade e da mortalidade perinatal com o aumento da taxa de cesariana. Esse procedimento cirúrgico pode ser considerado endêmico. Comparando-se com o parto normal, na cesárea o aleitamento materno é mais difícil, as complicações são mais frequentes, a prematuridade, a dor no pós-parto e o risco de morte são maiores (BRASIL, 2003).

Alguns fatores são considerados preditores para a realização de cesariana, como: a vontade da gestante, a cesariana prévia e a dilatação cervical menor do que três centímetros com a internação precoce. A cesariana também é mais frequentemente realizada pelos obstetras do sexo masculino, que atuam em plantão de mais de 24 horas por semana e que trabalham também no setor privado, indicando uma atitude mais intervencionista nos obstetras com excesso de trabalho. Melhorar as

informações às mulheres durante o pré-natal e o treinamento dos profissionais para o uso do partograma são ações que devem ser incluídas nas políticas institucionais para diminuir as taxas de cesariana, principalmente em mulheres com cesariana prévia (D'ORSI, et al., 2006).

Com base nesse contexto, no Brasil, na década de 80, a humanização da assistência veio à tona, com o intuito de garantir a evolução natural do trabalho de parto e do parto, resgatando a autonomia e o papel central e ativo da mulher no processo parturitivo. A gravidez e o parto deixaram de ser considerados como doenças e de serem vistos como acontecimentos patológicos e arriscados, o que exigiu mudanças nas políticas públicas de saúde. O movimento de humanização da assistência às mulheres e aos RNs agregou a participação de profissionais que atuam com base nas evidências científicas (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2002). Em decorrência disso, houve uma influência na elaboração das diretrizes nacionais que contribuíram para humanizar a assistência obstétrica no país, dentre as quais: o projeto Maternidade Segura, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, a instituição do prêmio Galba de Araújo, a Política Nacional de Humanização, a implementação de Centros de Parto Normal ou Casas de Parto e incentivo aos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica (DIAS; DESLANDES, 2006). Convém salientar que a Lei Federal número 11.108, de 7 de abril de 2005, passou a obrigar os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, a permitir a presença de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, contribuindo para valorizar a presença de um acompanhante de escolha da mulher no processo de nascimento (BRASIL, 2005).

Nesse movimento de humanização, com base nas evidências científicas houve a necessidade de modificar as rotinas, as condutas e a estrutura física dos hospitais, além da sensibilização dos profissionais com vistas à assistência humanizada, com o objetivo de reduzir intervenções desnecessárias.

No entanto, essas mudanças ocorridas em algumas instituições não suprem totalmente as necessidades de algumas mulheres que buscam resgatar a sua autonomia no processo parturitivo e evitar o modelo hospitalocêntrico, levando-as a optar pelo parto domiciliar (KRUNO, BONILHA, 2004; MEDEIROS, SANTOS, SILVA, 2008; LESSA, 2003; HILDINGSSON, WALDENSTROM, RADESTAD, 2003).

Em 1996 a OMS publicou um guia prático sobre a assistência ao parto normal, que discorre sobre as evidências científicas acerca de práticas que devem ser eliminadas, e de outras que, pelo contrário, devem ser estimuladas. Entre as ações que devem ser estimuladas, cita o “respeito à escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996, p.36). Menciona, ainda, que esse local pode ser o domicílio da mulher, com plano de acesso a um centro de referência, em caso de transferência.

Diversos grupos e organizações, compostos principalmente por mulheres, mães e simpatizantes, vêm se formando para defender o parto natural, no qual a mulher exerça o direito básico e vital de escolher o local do nascimento e o profissional que a assistirá (RODRIGUES, 1997).

Em países como África, Holanda, Nova Zelândia, Suécia, Noruega, Inglaterra, Indonésia, México, Índia e Austrália, entre outros, o parto domiciliar sempre foi uma opção de local parturitivo (MCMURTRIE et al., 2009; HATT et al., 2009; GYTE et al., 2009; BLIX, OIAN, KUMLE, 2008; LINDGREN et al., 2008; AMELINK-VERBURG et al., 2008; BRENTLINGER et al., 2005; BANG et al., 2004; GULBRANSEN et al., 1997; RICHARDSON, BAC, 1987).

No Brasil, espelhando-se no exemplo desses países muitas mulheres passaram a optar pelo domicílio para vivenciar o nascimento de seus filhos. Muitas são as razões dessa opção, dentre as quais a diminuição das intervenções obstétricas, a menor medicalização da assistência ao parto e a assistência individualizada. Além do mais, cômicas de que desejam participar ativamente da experiência do processo de nascimento, de que gestação não é doença e parto é evento natural, e querem ver respeitadas suas crenças, valores e privacidade. A possibilidade de realizar o contato pele a pele precoce e demorado com o RN, além de oportunizar a presença de mais de um acompanhante no momento do parto são aspectos que também influenciam na escolha (KRUNO; BONILHA, 2004; MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008; LESSA, 2003; DAVIM; MENEZES, 2001).

Mundialmente, o atendimento ao parto domiciliar planejado<sup>1</sup> vem crescendo, em detrimento ao hospitalar (JANSSEN et al., 2002).

Vários estudos mostram que no ambiente domiciliar a parturiente

---

<sup>1</sup> Neste estudo, o parto domiciliar planejado é entendido como a assistência à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério imediato, no ambiente domiciliar, realizada por profissional habilitado e competente, escolhido pela mulher. O atendimento segue um protocolo que define as ações a serem desenvolvidas em cada etapa do processo do nascimento.

se torna mais ativa e participante do processo, mais empoderada, fortalecida e autônoma. Entre os benefícios relacionados a esse ambiente destacam a produção e maior liberação de ocitocina e endorfinas nessas parturientes, do que naquelas assistidas no hospital. A insegurança do ambiente hospitalar desencadeia em algumas a liberação de adrenalina, aumentando a percepção dolorosa e diminuindo a ocitocina, processo que reduz as contrações, exigindo a condução do trabalho de parto com ocitocina exógena. E em doses elevadas essa droga pode acarretar sofrimento fetal, intervenções obstétricas e cesarianas desnecessárias (WICKHAM, 1999; ODENT, 2000).

Outras vantagens do parto domiciliar em relação ao hospitalar estão relacionadas ao estresse a que a parturiente é submetida. No hospital, por se tratar de local estranho, com pessoas desconhecidas e a perturbação provocada pela presença de outra parturiente, no hospital o estresse materno pode aumentar, elevando a percepção dolorosa, exigindo uso de drogas para alívio da dor. No domicílio, a sensação da dor é mais facilmente suportada pela parturiente, que pode até contar com um atendimento profissional individualizado para seu alívio, utilizando várias técnicas, como a estimulação nervosa transcutânea - TENS, o banho de imersão, a hipnose, a acupuntura, a aromaterapia e a massagem. Muitas mulheres relatam que as contrações diminuem durante o percurso do domicílio para o hospital, o que demonstra a interferência negativa dessa transferência de local. Outro aspecto a ser mencionado é que no parto domiciliar não acontece a separação da família no momento da chegada de mais um componente, diminuindo o trauma da separação do filho mais velho que pode participar do nascimento do irmão, facilitando sua aceitação (BRIGHTON HOMEBIRTH SUPPORT GROUP, 2002).

Considerando os aspectos positivos e negativos de ambos os locais parturitivos - domicílio e hospital - o mais importante é que se respeite a escolha da mulher e que ela seja assistida por profissional qualificado e capacitado com base nas evidências científicas atuais. Na assistência extra-hospitalar planejada, é imprescindível que se garanta uma rede de suporte no caso de transferência materna e/ou neonatal.

## 1.2 PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: RESULTADOS OBSTÉTRICOS E NEONATAIS

A ideia de associar resultados perinatais negativos com os partos

domiciliares está intimamente ligada a partos precipitados e não planejados (ENKIN et al., 2005). As evidências científicas mostram alguns resultados positivos no que tange à saúde da parturiente e do RN dos partos domiciliares planejados atendidos por profissional competente.

Estudos revelaram que em partos domiciliares planejados há menos intervenções, como indução e condução do trabalho de parto, episiotomia, parto operatório (fórceps e vácuo) e indicação de cesarianas (OLSEN; JEWELL, 2008; JONHSON; DAVISS, 2005; LINDGREN et al., 2008; ACKERMANN-LIEBRICH et al., 1996; JONGE et al., 2009; WOODCOCK et al., 1994; DECLERCQ et al., 2008, HUTTON; REITSMA; KAUFMAN, 2009; JANSSEN et al., 2009). De acordo com Enkin et al. (2005) os escores de Apgar também são melhores; sendo que, para Ackermann-Liebrich et al. (1996), embora no primeiro minuto se iguale ao avaliado nos hospitais, no quinto e décimo são superiores no domicílio. Constatou-se ainda que é baixa a taxa de transferência materna para o hospital durante o período intra ou pós-parto, variando de 10,0% a 30,6% (MCMURTRIE et al., 2009; ACKERMANN-LIEBRICH et al., 1996; JANSSEN et al., 2009; HUTTON; REIRSMA; KAUFMAN, 2009; JANSSEN et al., 2002; WOODCOCK et al., 1994; AMERLINKVERBURG et al., 2008; KENNARE et al., 2009; DECLERCQ et al., 2008; JONHSON; DAVISS, 2005; PARRATT; JOHNSTON, 2002. Além desses resultados maternos e neonatais, a satisfação com a experiência parturitiva no domicílio de forma planejada é maior quando comparada com a hospitalar (DAHLEN et al., 2008; JOHNSON et al., 2007; CHRISTIAENS; BRACKE, 2009).

Ao comparar os resultados obstétricos de partos ocorridos no domicílio e no hospital, nos Países Baixos, em gestantes de baixo risco, Wiegers et al. (1996), concluíram que, para as primíparas, o parto domiciliar era tão seguro quanto o parto hospitalar enquanto nas múltiparas era ainda mais seguro. Nos Estados Unidos e no Canadá, países em que a assistência domiciliar não é bem integrada ao sistema de saúde, pesquisadores também constataram que partos domiciliares atendidos por profissional capacitado apresentam mortalidade intraparto e neonatal semelhantes às dos partos hospitalares de baixo risco (JONHSON; DAVISS, 2005).

O maior estudo para comparar a segurança do parto domiciliar, com a do hospitalar, realizado nos Países Baixos, com 529.688 mulheres de gestação de baixo risco, revelou que o parto domiciliar não eleva os riscos de mortalidade e morbidade perinatal e de

encaminhamento de RNs para a unidade de terapia intensiva neonatal (JONGE et al., 2009). Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos (ACKERMANN-LIEBRICH et al., 1996; JANSSEN et al., 2009).

Outro estudo com 1.248 mulheres assistidas no hospital e no domicílio, também realizado nos Países Baixos, demonstrou que a qualidade da assistência prestada às mulheres é melhor quando elas conhecem o profissional, optam pelo parto domiciliar, quando são acompanhadas pela *midwife*<sup>II</sup> desde o pré-natal e quando dão à luz em centros de atenção primária, assistidas por clínicos gerais ou *midwives* (WIEGERS, 2009).

A revisão sistemática publicada pela Biblioteca Cochrane, que avaliou apenas um ensaio clínico controlado, comparou dados de intervenção, complicações e morbidade em partos domiciliares e hospitalares de 11 mulheres com gestação de baixo risco e concluiu que ambos os locais de parto são seguros. Tal estudo recomenda que todas as mulheres de gestação de baixo risco, em áreas onde seja possível estabelecer o parto domiciliar, com hospital de suporte, sejam informadas sobre essa alternativa (OLSEN; JEWELL, 2008).

Quanto à duração do trabalho de parto, no estudo de Woodcock et al. (1994), as mulheres que optaram pelo parto domiciliar tiveram trabalho de parto mais demorado, maior hemorragia pós-parto e maior retenção placentar. Em contrapartida, o estudo de Ackermann-Liebrich et al. (1996) não encontrou diferenças no tempo de trabalho de parto, e o de Janssen et al. (2009) mostrou menor hemorragia pós-parto nas mulheres que pariram no domicílio, o que demonstra não haver consenso em alguns dados.

Com relação às transferências maternas, no estudo de Woodcock et al. (1994), das 976 mulheres que planejaram o parto domiciliar, 81% tiveram-no de fato no domicílio. As transferências para o hospital ocorreram durante o pré-natal (48), o trabalho de parto (113), parto (24) e no período de dequitação (14). Outro estudo envolvendo 5.418 parturientes também evidenciou que a maioria das transferências maternas ocorreu durante o trabalho de parto (83,4%), metade delas por falha de progressão, por exaustão ou necessidade de alívio da dor (DECLERCQ et al., 2008). Tais resultados são semelhantes aos de Lindgren et al. (2008) e de Parrat e Johnston (2002), que encontraram a falha de progressão do trabalho de parto como a maior indicação para a

<sup>II</sup> Nas publicações internacionais o termo *midwife* designa a parteira profissional, responsável pela assistência às mulheres de baixo risco durante o ciclo gravídico puerperal.

transferência materna. Assim, observa-se que a necessidade de transferir a parturiente durante o período de dilatação é mais frequente do que nos demais períodos clínicos do parto.

Quanto à paridade das mulheres, alguns estudos evidenciaram que a taxa de transferência materna do domicílio para o hospital é mais alta em primiparurientes (HUTTON; REITSMA; KAUFMAN, 2009; LINDGREN et al., 2008; CHAMBERLAIN; WRAIGHT; CROWLEY, 1999).

Os resultados neonatais também são avaliados na maioria dos estudos. No de Woodcock et al. (1994), os RNs que nasceram no domicílio apresentaram peso mais elevado e maior frequência de idade gestacional considerada pós-termo ( $\geq 42$  semanas), enquanto o valor de Apgar de 5o minuto abaixo de 8 foi menor do que nos que nasceram no hospital. Esses achados sobre o peso e a idade gestacional são semelhantes aos do estudo de Parrat e Johnston (2002). A taxa de transferência do RN variou entre 0,7% (DECLERQ et al., 2008) e 2,2% (WOODCOCK et al., 1994).

Uma revisão da literatura que analisou 10 estudos, totalizando 30.204 mulheres que tiveram parto domiciliar planejado, mostrou mortalidade perinatal total de 2.9 por 1.000 e mortalidade intraparto de 0,8 por 1.000. Em três deles a taxa de transferência materna e neonatal variou entre 9,9% e 23,1%. Os autores concluíram que não existe dado suficiente para desencorajar mulheres de baixo risco de optar pelo parto domiciliar (BLIX; OIAN; KUMBLE, 2008).

No Brasil, a assistência ao parto domiciliar planejado tem sido divulgada em estudos qualitativos ou relatos de experiência que apontam vivências positivas das mulheres e de profissionais envolvidos (DAVIM; MENEZES, 2001; MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008; KRUNO; BONILHA, 2004; NASCIMENTO et al., 2009; CECAGNO; ALMEIDA, 2004; LESSA, 2003).

### 1.3 A INSERÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

Em alguns países, o parto domiciliar assistido por *midwife* é situação bastante comum. Na Holanda, as mulheres sem história médica desfavorável nem complicações na gravidez podem escolher entre ter o parto no domicílio, na policlínica ou no hospital. O pré-natal, o parto e o pós-parto são realizados pela *midwife* ou por clínicos gerais (OSAVA,

1997).

Na Inglaterra o contexto assistencial é semelhante ao da Holanda, uma vez que as obstetrias ou parteiras profissionais são responsáveis pelo pré-natal e assistem o parto da maioria das mulheres. Nesses países, os índices de mortalidade materna e infantil são baixos e cuidadosamente investigados. Os médicos obstetras são considerados especialistas que tratam apenas de mulheres com complicações obstétricas (PRADO, 2005).

No Brasil, no final do século XIX, os médicos propuseram que as parteiras fossem também enfermeiras, limitando a assistência até então independente prestada pelas parteiras. Dessa forma, a partir de 1949 as escolas de enfermagem passaram a formar enfermeiras obstétricas, e desde 1972 coube exclusivamente às escolas de enfermagem formar obstetria ou enfermeira obstétrica como a única profissional com capacitação formal não-médica para prestar assistência no nascimento e no parto normal (SCHIRMER, 2001).

No final da década de 90 o Ministério da Saúde financiou cursos de especialização em enfermagem obstétrica, formando em três anos cerca de 1.090 enfermeiras para a assistência materna e perinatal (SCHIRMER, 2001). No total foram 55 cursos apoiados pelo Ministério para formar enfermeiras obstétricas em todo o país (BRASIL, 2003).

Estudo realizado com as egressas desses cursos concluiu que embora 58,3% delas acreditem que sua atuação foi dificultada pela aceitação de outros profissionais e 37,0% tinham sofrido algum tipo de discriminação por parte do profissional médico, 70,8% estão otimistas com o futuro da profissão e 98,1% cursariam novamente a especialização (MONTICELLI et al., 2008).

No ano de 2005, em oposição ao modelo vigente altamente intervencionista de assistência, foi criado o Curso de Obstetria na Universidade de São Paulo visando à formação de profissionais não médicos para a assistência à mulher no ciclo reprodutivo que atuem dentro de uma visão de parto e nascimento como eventos saudáveis. O curso não é tutelado pela medicina e nem pela enfermagem, mas sua introdução em centros urbanos reacendeu as discussões em torno dos espaços de atuação de enfermeiras e obstetrias e da medicina (OSAWA; RIESCO; TSUNECIRO, 2006).

O Conselho Federal de Enfermagem regulamenta e normatiza a assistência prestada pelas enfermeiras obstétricas e obstetrias. Sobre o exercício de Enfermagem prevê, o Artigo 9º da lei no 7.498 de 25 de junho de 1986 refere que:

Às profissionais titulares de diploma ou certificado de Obstetrix ou de Enfermeira Obstétrica, além das atividades de que trata o artigo precedente, incumbe:

I – Prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;

II – Identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;

III – Realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária (BRASIL, 2008, p. 53).

Além do exercício legal da profissão, em 1993 o Ministério da Saúde (MS) já recomendava uma discussão sobre a legislação da enfermagem, para que as enfermeiras obstétricas pudessem exercer plenamente as atribuições para as quais estariam habilitadas na assistência ao parto (OSAVA, 1997).

A Portaria MS/GM 2.815, de 29 de maio de 1998, incluiu na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde o procedimento parto normal sem distócia, realizado pela enfermeira obstétrica, reconhecendo a importância da assistência prestada por essa profissional em favor da humanização do parto (BRASIL, 1998).

A enfermeira obstétrica respeita a fisiologia do processo de nascimento e favorece a redução da morbimortalidade materna e neonatal (MONTICELLI et al., 2008). Estudo realizado em alguns hospitais brasileiros constatou que nos hospitais onde a enfermeira obstétrica se fazia presente houve redução de um terço no número de cesáreas e diminuição na taxa de cesárea nos hospitais onde havia somente estudantes de enfermagem/enfermagem obstétrica (26,7%) se comparada à observada onde havia somente estudantes de medicina (32,0%) (PÁDUA et al., 2010).

No Brasil, nos últimos anos, tem-se observado a inserção gradativa das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto domiciliar planejado, com o objetivo de prestar um cuidado integral e valorizar o protagonismo da mulher em todo o processo. Elas são as profissionais da equipe de enfermagem legalmente qualificadas e registradas para exercer atividades na gestação e no parto normal (CAPARROZ, 2003).

Em 2008, a Agência Nacional de Saúde Complementar passou a reconhecer que a gestante de baixo risco pode escolher o domicílio para o local do parto, sob a responsabilidade de enfermeiras obstétricas (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2008).

Na realidade brasileira, o atendimento ao parto domiciliar planejado, de forma autônoma e individual, tem sido realizado por algumas enfermeiras obstétricas. Essas experiências têm sido compartilhadas em eventos científicos, e publicados em artigos sobre essa temática (LESSA, 2000; KOIFFMAN; BONADIO; SCHNECK, 2004; KOIFFMAN et al., 2009).

No Brasil, em 2007, do total dos partos registrados, 96,9% ocorreram no ambiente hospitalar (BRASIL, 2007). A assistência obstétrica foi prestada majoritariamente por médicos, totalizando 89%, e somente 8,3% por enfermeiras. O maior índice de parto domiciliar ocorreu na Região Norte do Brasil, totalizando 7,5% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Na região de Florianópolis/SC, dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos apontam aumento gradativo do atendimento do parto no domicílio, totalizando 5 nascimentos no ano de 2004; 12 em 2005; 19 em 2006 e 42 em 2007 (DATASUS, 2010).

Em Santa Catarina, o atendimento ao parto domiciliar planejado por enfermeiras, de forma autônoma, e que se organizaram em uma equipe, Equipe Hanami – o florescer da vida – parto domiciliar planejado, acontece desde 2006 (FEYER et al., 2009). Atualmente, a equipe é constituída por três enfermeiras obstétricas e três enfermeiras generalistas, e conta ainda com a participação de um médico obstetra, o qual não participa dos partos domiciliares, mas acompanha o pré-natal da maioria das gestantes e prescreve medicamentos quando necessário.

Do contexto se pode inferir que em alguns países o atendimento ao parto domiciliar planejado, por profissional capacitado e legalmente reconhecido, faz parte dos serviços de atenção à saúde da mulher, e que no Brasil está crescendo gradativamente esse tipo de assistência por profissional autônomo.

Assim sendo, existem diversas pesquisas internacionais publicadas sobre os resultados maternos e neonatais. As pesquisas variam sobre a natureza das variáveis estudadas, mas a maioria avalia a taxa de transferência materna e neonatal, o índice de Apgar, a mortalidade e morbidade materna e neonatal, e uma minoria investiga as intercorrências no pós-parto, tempo de trabalho de parto, o peso e a idade gestacional do RN. De maneira geral, comparando a assistência prestada no domicílio e no hospital, os estudos concluíram que ambos os locais parturitivos são seguros, uma vez que a maioria apresenta desfechos iguais, e em alguns deles, são ainda melhores no ambiente domiciliar, com destaque para a redução das intervenções obstétricas e melhor satisfação materna.

Todavia, os resultados sobre esse tipo de assistência no Brasil decorrem de pesquisas qualitativas e de relatos de experiências, restando uma lacuna sobre dados quantitativos acerca dos desfechos obstétricos e neonatais. Dessa forma, é necessário investigar, no cenário nacional, sobre o atendimento domiciliar planejado, a fim de gerar indicadores de saúde que permitam avaliar a segurança do local do parto escolhido pela mulher.

Com base na experiência de enfermeira obstétrica integrante da Equipe Hanami, assistindo partos domiciliares planejados, identifico diversas razões para que as mulheres se motivem a escolher o domicílio como o local parturitivo, como por exemplo: a possibilidade de serem submetidas a poucas intervenções obstétricas; atendimento personalizado e humanizado por profissional previamente conhecido por elas; privacidade; sentimento de segurança; participação de mais de um acompanhante em todo o processo de parir e possibilidade de contato pele a pele precoce e contínuo com o RN logo após o parto. Após a vivência, muitas são as avaliações positivas, evidenciadas e fornecidas pelas mulheres e acompanhantes quanto ao atendimento recebido. Embora, ainda não existam dados sobre os resultados obstétricos e neonatais que permitam discorrer sobre a segurança da assistência prestada.

Diante do exposto, inquieta-me conhecer as características das mulheres atendidas no domicílio e seus acompanhantes, e avaliar os resultados obstétricos e neonatais decorrentes dos trabalhos de parto, partos e puerpério imediato domiciliares planejados, assistidos pelas enfermeiras da Equipe Hanami.

Considero que a produção desse conhecimento dará subsídios para avaliar a segurança da assistência ao parto domiciliar planejado, o que poderá dar maior visibilidade a essa modalidade de atendimento, ao papel da enfermeira e, em especial, das especialistas em obstetria que atuam de forma autônoma. Além disso, a divulgação dos achados dessa pesquisa na comunidade científica contribuirá para preencher a lacuna existente na literatura nacional e estimular outras investigações sobre o tema.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar os resultados da assistência obstétrica e neonatal do trabalho de parto, parto e puerpério imediato domiciliares, planejados, assistidos por enfermeiras.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever as características sociodemográficas e obstétricas das mulheres assistidas no trabalho de parto e parto domiciliares planejados.
- Descrever os resultados obstétricos das mulheres assistidas no trabalho de parto, parto e puerpério imediato domiciliares planejados.
- Descrever os resultados neonatais no pós-parto imediato dos partos domiciliares planejados.
- Comparar os resultados obstétricos e neonatais com a paridade das mulheres assistidas, de forma planejada, no domicílio
- Descrever a taxa e as causas de transferências maternas e neonatais decorrentes da assistência ao parto domiciliar planejado, assim como o desfecho do nascimento no âmbito hospitalar.



### 3 MÉTODO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa quantitativa analítica do tipo transversal, no qual os dados são coletados uma única vez, podendo referir experiências de saúde no passado (GREENHALHG, 2008). Descreve as variáveis e seus padrões de distribuição. Os resultados podem definir as características demográficas e clínicas do grupo de estudo na linha de base, podendo revelar associações entre as variáveis (NEWMAN et al., 2008).

#### 3.2 AMOSTRA

A amostra foi composta por todos os partos das mulheres assistidas no domicílio pela Equipe Hanami, de forma planejada, que foram previamente triadas a partir do protocolo assistencial da equipe, e pelos seus RNs, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2009.

As mulheres e os RNs foram selecionados com base nos prontuários arquivados pelas enfermeiras da equipe. Os dados das mulheres e dos RNs transferidos para atendimento em instituição de saúde foram obtidos na Caderneta de Saúde.

#### 3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Mulher: ter sido assistida no domicílio no trabalho de parto, ou no parto ou em ambos os períodos clínicos, e até o 10º dia de puerpério, pelas enfermeiras da Equipe Hanami.

RN: ter nascido no domicílio, assistido pelas enfermeiras da Equipe Hanami, e os nascidos em instituição de saúde, após transferência da parturiente do domicílio para a instituição de saúde.

### 3.4 CONTEXTO DO ESTUDO

O atendimento ao parto domiciliar planejado em Santa Catarina por uma das enfermeiras obstétricas, atual coordenadora da equipe, foi iniciado em 2002; no entanto, a criação e o fortalecimento da Equipe Hanami - o florescer da vida- parto domiciliar planejado deu-se em 2006.

Atualmente a equipe é composta por três enfermeiras obstétricas e três enfermeiras generalistas cursando a especialização em obstetria e neonatologia. A assistência ao parto domiciliar planejado contempla atividades que vão desde o pré-natal até o parto e o pós-parto.

Entre as atividades da equipe destaca-se o “consultão”, encontro com gestantes e “casais grávidos/familiares” com o objetivo de apresentar a metodologia do seu trabalho, e esclarecer dúvidas acerca do parto domiciliar. Alguns outros profissionais também participam do encontro, muitos para conhecer a equipe e outros para saber como funciona a assistência ao parto domiciliar planejado. O encontro também oportuniza troca de experiências. Nesse momento são fornecidas orientações sobre o protocolo de atendimento ao parto domiciliar, que consiste em alguns critérios de inclusão, como: mulheres com gestação de baixo risco, com o feto único em posição cefálica e que estejam realizando pré-natal. Além disso, são esclarecidas as situações que impossibilitariam o atendimento no domicílio: feto em posição pélvica, gestante que desenvolveu doença hipertensiva específica da gestação, diminuição crítica do líquido amniótico, entre outras (FEYER et al., 2009).

Desde 2009 gestantes e acompanhantes participam do grupo de gestantes, oferecido pela equipe para auxiliar na preparação da gestação, parto, puerpério, cuidados com o RN e amamentação.

A partir da 37ª semana de gestação, após o enquadramento no protocolo, iniciam-se as consultas pré-natais domiciliares com a equipe e que se estendem semanalmente até o parto. Nessas consultas realizam-se a avaliação obstétrica e o “pré-natal sensível”, com o intuito de avaliar o ambiente/contexto em que essa mulher/família está inserida, incluindo os aspectos sociais, econômicos, culturais e psicológicos. É nesse momento que ela recebe orientação sobre o local de transferência, caso haja alguma intercorrência, e o profissional que receberá a gestante na instituição de saúde (FEYER et al., 2009).

Ao identificar os primeiros sinais de trabalho de parto, a gestante faz contato telefônico com uma das enfermeiras da equipe, que se dirige

ao domicílio para realizar uma avaliação. Se confirmando o trabalho de parto, as outras enfermeiras se deslocam até o local. A equipe leva todo o material para o atendimento ao parto, prevendo qualquer tipo de equipamento escolhido pela parturiente, como piscina para o parto na água, banquinho para o parto de cócoras, além de material para o suporte de base de vida (oxigênio, aspirador, fluidoterapia, medicamentos, sondas e outros) para as eventuais intercorrências que possam acometer mulher e o RN (FEYER et al., 2009).

Durante o atendimento ao trabalho de parto e parto, a ausculta do batimento cardíaco-fetal é feita a cada 30 minutos (antes, durante e após a contração), e a dinâmica uterina verificada a cada 1 hora. Esses procedimentos são realizados na posição em que a parturiente se encontra. Após o nascimento inicia-se o contato pele a pele e se estimula a amamentação. Ainda no colo da puérpera o RN recebe, via intramuscular, 1mg de vitamina K, após é realizado o exame físico completo do RN e também o teste do reflexo vermelho (também conhecido como teste do olhinho) (FEYER et al., 2009).

A puérpera é acompanhada durante os períodos clínicos que se seguem: dequitação e Greenberg, com a verificação dos sinais vitais, consistência e altura do fundo uterino e loquiação a cada 15 minutos. A equipe só se ausenta quando mãe e RN estão clinicamente estáveis, situação que acontece em torno de três horas após o nascimento.

No caso de transferência, em qualquer período clínico do parto, a parturiente é transportada em um dos carros das enfermeiras para a instituição previamente selecionada pela mulher/família. O contato telefônico prévio geralmente cabe à enfermeira obstétrica que está comandando o atendimento. Preconiza-se que uma das enfermeiras da equipe acompanhe o atendimento intra-hospitalar.

A equipe acompanha a puérpera e o RN até o 10o dia pós-parto. Quando o RN não atinge o peso do nascimento, realiza-se uma visita no 15o dia de vida. As consultas domiciliares são realizadas no 1º, 3º, 4º e 10º dias pós-parto, nas quais a família recebe incentivo e orientações para a amamentação exclusiva até o 6º mês, orientação sobre o teste do pezinho, sobre o quadro vacinal recomendado pelo Ministério da Saúde e o da Emissão Otoacústica Evocada, conhecido como “Teste da Orelhinha”. O banho do RN segundo a técnica japonesa é demonstrado no 1o dia de vida. Na consulta do 10o dia verifica-se o peso do RN, a efetividade da amamentação, a involução uterina, os lóquios e as condições perineais. Além do exame obstétrico e neonatal é realizada uma avaliação do atendimento prestado pela equipe para aprimorar a qualidade do atendimento (FEYER et al., 2009).

Cabe destacar que as enfermeiras obstétricas da equipe participaram do Curso de Assistência ao Parto Humanizado na maternidade e Casas de Parto do Japão, uma parceria do governo brasileiro com o governo japonês. Esse curso foi um marco na vida profissional de todas as enfermeiras obstétricas, em especial no fortalecimento da segurança e da confiança para dar início à assistência domiciliar (FEYER et al., 2009).

O serviço prestado pelas enfermeiras é privado e autônomo, mas cabe salientar que todas as mulheres que procuram a equipe e que se enquadram no protocolo de atendimento são atendidas mediante pagamento parcial ou integral do valor acordado. A equipe também conta com o auxílio de dois médicos obstetras que, apesar de não atuarem rotineiramente no “parto em si”, acompanham pré-natal, prescrevem medicamentos e recebem as mulheres na instituição de saúde, nos casos de transferência.

Atualmente, a equipe recebe estudantes e/ou profissionais interessados em realizar estágios curriculares ou extracurriculares no contexto do parto domiciliar onde atua, proporciona estágio para profissionais de algumas áreas, em especial alunos de Graduação em Enfermagem, alunos de Residência em Saúde da Família, Residência em Obstetrícia e Especialização em Enfermagem Obstétrica e Neonatal.

### 3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Neste estudo os resultados da assistência obstétrica e neonatal foram avaliados através das variáveis da pesquisa, classificadas como: a) sociodemográficas e obstétricas da gestação; b) obstétricas do trabalho de parto; c) obstétricas do parto; d) do RN; e) obstétricas do pós-parto imediato; f) do acompanhante, g) do puerpério imediato, h) sobre o atendimento institucional das mulheres transferidas; i) dos RNs das mulheres transferidas. Todas as variáveis foram mensuradas e registradas pelas enfermeiras durante o atendimento prestado. 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).

Os resultados obstétricos foram entendidos como as avaliações na gestante, parturiente ou puérpera, decorrentes da assistência das enfermeiras da equipe Hanami no atendimento ao parto domiciliar planejado. Os resultados neonatais foram entendidos como as avaliações

no RN realizadas no domicílio e na instituição de saúde, nos casos de transferência materna.

### **3.5.1 Variáveis sociodemográficas e obstétricas da gestação**

**Idade da parturiente (QTD)** - número de anos completos no dia do parto.

**Estado marital (QLN)** - situação conjugal da puérpera, classificada em: casada, solteira, separada, divorciada, união consensual, viúva ou outra.

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

**Ocupação (QLN)** - atividade exercida habitualmente, classificada em: estudante, do lar ou outra.

**Número de consultas de pré-natal com médico (QTD)** - total de consultas de pré-natal até o dia do parto, classificadas em números: uma, duas, três, quatro, cinco, seis ou mais.

**Número de consultas de pré-natal com as enfermeiras (QTD)** - total de consultas de pré-natal até o dia do parto, classificadas em números: uma, duas, três, quatro, cinco, seis ou mais.

**Idade gestacional no início do pré-natal com as enfermeiras (QTD)** - tempo de amenorréia calculada pela data da última menstruação, classificadas em semanas e dias.

**Número de partos anteriores ao atual (QTD)** - número de partos anteriores ao atual, classificadas em números: um, dois, três, quatro, cinco ou mais, aborto ou nenhum.

**Tipo de partos anteriores ao atual (QLN)** - maneira como de deu (deram) o(s) parto(s) anterior (es) ao atual, ou seja, via abdominal ou através do canal pélvico-genital: vaginal, cesárea, aborto ou nenhum.

**Local dos partos anteriores (QLN)** - local onde ocorreu(ram) parto(s) anterior(es), classificadas em: domicílio, hospital ou centro de parto normal.

### 3.5.2 Variáveis obstétricas do trabalho de parto

**Idade gestacional no dia do parto (QTD)** - tempo de amenorreia calculada pela primeira ultrassonografia realizada pela gestante, classificado em semanas e dias.

**Estado das membranas (QLN)** - integridade ou ruptura das membranas ovulares no início do atendimento ao parto, classificado em: íntegras, rotas, interrogado ou não informado.

**Dilatação do colo (QTD)** - dilatação do colo uterino na primeira avaliação da enfermeira, no dia do atendimento ao parto, classificada em centímetros: de 1 a 10.

**Apagamento do colo (QLO)** - “... a contração encurta o corpo uterino e exerce tração longitudinal no segmento inferior, que se expande, e na cérvix, que progressivamente se apaga e se dilata” (MONTENEGRO; FILHO, 2010, p. 224), classificado em: fino, médio-fino, médio, grosso-médio, grosso, totalmente apagado ou não informado.

**Tipo de ruptura de membranas (QLN)** - perda de integridade das membranas ovulares, classificado em: espontânea, artificial ou não informado.

**Coloração do líquido amniótico (QLN)** - cor observada no líquido amniótico após a ruptura da bolsa, classificada em: claro ou meconial.

**Batimentos cardíacos do feto (BCF) (QTD)** - frequência dos batimentos cardíacos do feto durante o trabalho de parto, classificada em: normal (110 - 160bpm), bradicardia leve (100 - 110 bpm) e taquicardia leve (160 - 180bpm) (Macones, et l., 2008) A ausculta foi realizada por aparelho de sonar portátil da marca Microem a partir do início do acompanhamento das enfermeiras e no intervalo de 30 minutos no trabalho de parto e a cada 15 minutos no período expulsivo, sendo verificado antes, durante e depois das contrações até o nascimento do feto, ou mais frequente quando necessário.

**Uso de medicamento (QLN)** - utilização de substância medicamentosa durante o trabalho de parto, citar o nome do medicamento utilizado, classificado em: fluidoterapia, antibiótico prescrito no pré-natal ou outro.

**Cruzamento da linha de alerta do partograma (QLN)** - a linha de alerta serve para identificar as pacientes com parto de risco e portanto quando a dilatação cervical cruzava a linha de alerta, ela deveria ser encaminhada ao hospital, em até 4 horas (BRASIL, 2003), classificada

em: sim, não ou não informado.

**Tempo total do período de dilatação e expulsão (QTD)** - tempo transcorrido entre a primeira avaliação (toque vaginal) realizada pela enfermeira até a expulsão do feto, classificado em horas e minutos.

**Distícias funcionais (QTD)** - ocorrência de alterações na contratilidade uterina, tais como: bradissistolia - frequência de uma ou duas contrações em 10 minutos; hipossistolia – contrações uterinas de baixa intensidade; taquissistolia – frequência das contrações acima de cinco em 10 minutos (BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005), segundo o prontuário da puérpera: presente ou ausente.

**Técnicas não farmacológicas para o alívio da dor (QLN)** - técnicas não medicamentosas que auxiliam no alívio da dor durante o trabalho de parto, ou seja: uso da bola suíça; moxa (prática de medicina tradicional chinesa que consiste em aplicar calor pela combustão de *Artemisia vulgaris*, conforme Vas et al., 2009); floral; massagem em região lombo-sacra; banho terapêutico de chuveiro; acupressão (acupuntura sem agulhas, parece bloquear os componentes sensoriais e emocionais da dor, conforme Enkin et al., 2005); bolsa de água quente; estimulação elétrica transcutânea (TENS - analgesia através da colação de eletrodos que interferem no estímulo elétrico, conforme Brasil, 2003); banho de imersão; escalda-pés (imersão dos pés em recipiente com água morna acrescido ou não de óleos essenciais, ervas etc); aromaterapia (uso de óleos essenciais em massagens, banhos e escalda-pés, por suas várias propriedades, como diminuir o estresse, fortalecer as contrações e acalmar (Enkin et al., 2005). Classificado em: sim, não ou sem registro.

**Indicação de encaminhamento da parturiente para a maternidade (QLN)** – intercorrência clínica ou obstétrica que motivou o encaminhamento da parturiente para a maternidade: parada de progressão da descida do feto, parada da dilatação do colo uterino, frequência fetal não tranquilizadora, necessidade de analgesia, desproporção cefalopélvica ou outra.

### 3.5.3 Variáveis obstétricas do parto

**Posição de parto (QLN)** - posição em que o parto ocorreu, classificada em: cócoras na água, cócoras no banquinho, cócoras sustentada, genopeitoral na água, genopeitoral, ajoelhada, em pé, de lado (ou de Sims) ou outra.

**Local do parto (QLN)** - local do domicílio em que o parto ocorreu, classificado em: quarto, sala, banheiro ou outro.

**Variedade de posição no parto (QLN)** - variedade em que a posição do feto se encontra na pelve materna, classificado em: occipitosacra, occipitopubis ou não informado.

**Condições do períneo (QLN)** - presença ou ausência de trauma perineal espontâneo, classificadas em: sem trauma perineal, laceração de primeiro grau (lesão de fúrcula, conforme Montenegro e Filho, 2010), de segundo grau (laceração que se aproxima da região esfíncteriana, conforme Montenegro e Filho, 2010), laceração de 3o e do 4o grau (extensão para o reto e comprometimento do esfíncter externo anal (Montenegro e Filho, 2010), episiotomia (incisão cirúrgica vulvo-perineal, conforme Montenegro, Braga e Filho, 2010).

**Perineorrafia (QLN)** - reconstrução de laceração perineal, traumática ou cirúrgica (MONTENEGRO; BRAGA; FILHO, 2010), classificada em: sim ou não.

**Tipo de ruptura das membranas no parto (QLN)** - perda de integridade das membranas ovulares, classificado em: espontânea ou artificial.

**Coloração do líquido amniótico no parto (QLN)** - cor observada no líquido amniótico após a ruptura da bolsa, classificada em: claro ou meconial.

### 3.5.4 Variáveis do recém-nascido

**Peso do RN (QTC)** - valor da massa corporal do RN logo após o nascimento, expresso em gramas. As duas balanças utilizadas para a mensuração do peso foram escolhidas aleatoriamente, ambas de posse da equipe, das marcas Mallory manualR e SHA Baby Waage digitalR. O RN foi pesado durante o exame físico, logo após contato pele a pele.

**Apgar do primeiro minuto (QLD)** - avaliação da vitalidade do RN pelo escore de Apgar no primeiro minuto de vida do recém-nascido, classificado em: 1 a 10.

**Apgar do quinto minuto (QLD)** - avaliação da vitalidade do RN pelo escore de Apgar no quinto minuto de vida do recém-nascido, classificado em: 1 a 10.

**Tempo de pulsar do cordão umbilical (QTD)** - tempo transcorrido entre o nascimento do bebê até a parada do pulsar do cordão, expresso em minutos.

**Idade gestacional do RN (QTD)** - obtida pela avaliação somática de Capurro, logo após o nascimento, através da avaliação das variáveis: textura da pele, forma da orelha, glândula mamária, pregas plantares e formação do mamilo, conforme Junior e Miura (1991), classificada em semanas e dias completos.

**Classificação do RN (QLD)** - avaliação do RN de acordo com o peso e a idade gestacional calculada pelo Capurro, e a relação foi classificada dentro da tabela preconizada por Alexander et al. (1996) em: Pequeno para a Idade Gestacional (PIG), Adequado para a Idade Gestacional (AIG) e Grande para a Idade Gestacional (GIG).

**Perímetro cefálico (QLD)** - medição da circunferência da parte superior da cabeça do RN, na testa na altura das sobrancelhas (Kenner, 2001), classificado em centímetros.

**Necessidade de encaminhamento (QLN)** - necessidade de encaminhamento ao ambiente hospitalar, classificada em: sim ou não.

**Causa do encaminhamento (QLN)** - motivo do encaminhamento ao ambiente hospitalar, classificada com o nome: doença congênita ao nascimento ou outra.

**Intercorrências no RN até o 15o dia de vida (QLN)** - desvio no padrão de normalidade nos aspectos que cercam o RN classificado em: icterícia pós-parto, perda ponderal acima de 10%, não obtenção do peso ao nascimento no décimo dia de vida, não obtenção do peso ao nascimento no décimo quinto dia de vida ou outra.

### 3.5.5 Variáveis obstétricas do pós-parto imediato

**Contato pele a pele imediato ao nascimento (QLN)** - contato pele a pele iniciado na primeira hora de vida entre mãe e bebê, classificado em: sim ou não.

**Amamentação pós-parto (QLN)** - ato de amamentar o RN na primeira hora de vida, classificada em: sim ou não.

**Mecanismo de dequitação (QLN)** - "... é o estágio da parturição que se processa após o desprendimento do feto, e se caracteriza pelo descolamento (dequitação ou dequitação), descida e expulsão ou desprendimento da placenta e de suas páveis para fora das vias genitais" (MONTENEGRO; BRAGA; FILHO, 2010, p. 256). O descolamento obedece a duas modalidades: mecanismo de Baudelocque-Schultze (desprendimento pela face fetal) ou Baudelocque-Duncan (desprendimento pela face materna). Classificado em: Baudelocque-

Schultze ou Baudelocque-Duncan.

**Tempo de dequitação (QTD)** - tempo transcorrido entre a expulsão do feto e a saída completa da placenta, registrado em minutos.

Intercorrências obstétricas no secundamento (QLN) - acidentes e complicações próprias do terceiro período clínico do parto, classificadas em: hipotonia uterina (não contração uterina ou contração uterina insuficiente, conforme Montenegro, Braga e Filho, 2010; hemorragia (sangramento vaginal que excede 500 ml, conforme World Health Organization, 2005); dequitação retardada ou prolongada (a dequitação que acontece após 30 minutos da expulsão fetal, conforme Montenegro, Braga e Filho, 2010); hipotensão (pressão sanguínea baixa, ou seja, medição da pressão sistólica menor que 90 mmHg, conforme World Health Organization, 2005); síncope (desmaio, súbita queda da pressão arterial ou insuficiência da sístole cardíaca, conforme Stedman, 1979) ou outra.

**Uso de medicamento (QLN)** - utilização de substância medicamentosa durante o pós-parto imediato, devendo citar o nome da substância utilizada, classificado em: ergotamina, ocitocina ou outro.

### 3.5.6 Variáveis do acompanhante

**Presença de acompanhantes (QLN)** - presença de pessoa(s) durante o período clínico de expulsão, classificada em: sim ou não.

**Número de acompanhantes (QND)** - número de acompanhantes, classificado em: um, dois, três, quatro, cinco ou mais.

**Quem são os acompanhantes (QLN)** - “classificação do acompanhante quanto ao seu laço de parentesco com a parturiente” (BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005, p. 46), classificado em: companheiro, mãe, pai, irmã, amiga, sogra, filho(s) ou outro.

**Idade do companheiro (QTD)** - número de anos completos do companheiro no dia do parto.

**Escolaridade do companheiro (QLO)** - última série formal que o companheiro frequentou na escola classificada em: ensino fundamental completo ou incompleto, ensino médio completo ou incompleto, ensino superior completo ou incompleto ou pós-graduação completa ou incompleta.

### 3.5.7 Variáveis do puerpério imediato

Intervalo de tempo que vai do primeiro ao décimo dia de pós-parto no qual prevalecem os fenômenos catabólicos e involutivos das estruturas hipertrofiadas ou hiperplasiadas na prenhez, e também alterações gerais, endócrinas, quase todas relacionadas à regressão das modificações gestacionais do organismo (MONTENEGRO; FILHO, 2010).

**Consultas puerperais (QND)** - consultas realizadas pelas enfermeiras no período puerperal, classificadas como: uma, duas, três, quatro, cinco, seis ou mais.

**Intercorrências maternas (QLN)** - desvio no padrão de normalidade nos aspectos que cercam a puérpera, classificadas em: sangramento (neste momento chamado de “lóquios”, que compreende eliminação de considerável quantidade de exsudatos, transudatos, elementos celulares descamados e sangue, conforme Montenegro e Filho, 2010); febre (presença de temperatura de 38°C ou mais, conforme World Health Organization, 2005); dor (impressão sobre os nervos sensoriais que causa desconforto ou, quando extrema, agonia, conforme Stedman, 1979); deiscência de sutura; ingurgitamento mamário (aumento do volume de leite ultrapassando a capacidade de armazenamentos dos alvéolos, mamas túrgidas, dolorosas e quentes, conforme Enkin et al, 2005); mamas túrgidas (início do processo de ingurgitamento), fissura (dor papilar, ruptura do tecido epitelial que recobre o mamilo provocada por pega incorreta no momento da sucção, conforme Enkin et al., 2005) ou outra.

**Uso de medicamento (QLN)** - utilização de substância medicamentosa durante o pós-parto imediato, prescrito pelo médico do pré-natal, citando o nome do medicamento utilizado, classificado em: imunoglobulina ou outro.

### 3.5.8 Variáveis sobre o atendimento institucional das mulheres transferidas

**Instituição de saúde de encaminhamento (QLN)** - o tipo de instituição para a qual a parturiente foi encaminhada, classificada como: hospital público (atendimento pelo SUS), clínica (atendimento por convênio de saúde ou particular).

**Profissional que prestou atendimento na instituição (QLN)** - profissional que atendeu a parturiente no parto (cesariana ou normal), classificado em: médico obstetra plantonista, médico obstetra particular ou residente.

**Tipo de parto na instituição (QLN)** - via pela qual o parto foi ultimado, classificado em: através do canal pelvigenital (parto normal, parto a fórceps, parto a vácuo) ou via abdominal (cesariana).

**Analgesia de parto (QLN)** - bloqueio peridural para alívio da dor, classificado em: sim ou não.

### 3.5.9 Variáveis dos recém-nascidos das mulheres transferidas

**Peso do RN transferido (QTC)** - valor que expressa a massa corporal do RN logo após o nascimento, expresso em gramas. As balanças utilizadas para a mensuração do peso foram de diversas marcas disponíveis nas instituições. O RN foi pesado durante a realização do exame físico pelo neonatologista.

**Apgar do primeiro minuto do RN transferido (QLD)** - avaliação da vitalidade do RN pelo escore de Apgar no primeiro minuto de vida do recém-nascido, classificado em: 1 a 10.

**Apgar do quinto minuto do RN transferido (QLD)** - avaliação da vitalidade do RN pelo escore de Apgar no quinto minuto de vida do recém-nascido classificado em: 1 a 10.

**Idade gestacional do RN transferido (QTD)** - obtido pela avaliação somática de Capurro, logo após o nascimento, através da avaliação das variáveis: textura da pele, forma da orelha, glândula mamária, pregas plantares e formação do mamilo, conforme Junior e Miura (1991), classificada em semanas e dias completos.

**Perímetro cefálico do RN transferido** - medição da circunferência da parte superior da cabeça do RN, na testa na altura das sobrancelhas (KENNER, 2001) classificado em centímetros.

**Intercorrências no RN transferido (QLN)** - desvio no padrão de normalidade nos aspectos que cercam o RN classificado em: icterícia pós-parto, perda ponderal acima de 10% do seu peso, não obtenção do peso de nascimento no décimo dia de vida, não obtenção do peso de nascimento no décimo quinto dia de vida ou outra.

**Classificação do RN transferido – (QLD)** - avaliação do RN de acordo com o peso e a idade gestacional calculada pelo Capurro e a relação classificada dentro da tabela preconizada por Alexander et al.

(1996) em: Pequeno para a Idade Gestacional (PIG), Adequado para a Idade Gestacional (AIG) e Grande para a Idade Gestacional (GIG).

### 3.6 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário padronizado (Apêndice A), preenchido com base nos registros dos prontuários e nas gravações audiovisuais das mulheres e RNs que receberam o atendimento da Equipe, de janeiro de 2005 a dezembro de 2009.

### 3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para analisá-los, os dados foram revisados, codificados e digitados no programa EPI INFO – versão 2008 (Apêndice B). Posteriormente, foi realizada análise descritiva (frequência e percentagem). Para análise estatística foi utilizado o software SAS versão 9.1.3.

Para analisar a associação das variáveis qualitativas foi utilizado o teste qui-quadrado. Quando a frequência esperada das categorias foi maior ou igual a 5 ou o teste exato de Fisher quando menor do que 5.

Foi utilizado o teste t de Student para analisar a associação entre as variáveis qualitativas nominais (com duas categorias) e variáveis quantitativas e, quando a variável quantitativa não apresentou distribuição normal, foi utilizado o teste de Mann Whitney.

O nível de significância adotado para este estudo foi de 5%, portanto os valores do **p** menores que 0,05 ( $p\text{-valor} < 0,05$ ) apontaram resultados estatisticamente significantes.

### 3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os aspectos que envolveram a pesquisa estavam de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina em

dezembro de 2009 e aprovado sob o Parecer Consubstanciado n 552, FR 308812 (Anexo A).

A autorização para utilizar os dados das mulheres assistidas no domicílio foi obtida mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), cuja a localização se deu por exaustiva busca via contato telefônico e carta.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados e discussão são apresentados em forma de dois artigos, conforme a Resolução 001/PEN/2008, que dispõe sobre a elaboração e apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem, com adaptações na apresentação gráfica, para atender as normas de apresentação gráfica para Teses e Dissertações, conforme disposto no Guia Rápido para Diagramação de Trabalhos Acadêmicos, da Universidade Federal de Santa Catarina.

O artigo 1, intitulado “Resultados dos partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas em Florianópolis”, foi elaborado de acordo com as normas da Revista de Saúde Pública, classificada como periódico A1 pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

O artigo 2, intitulado “Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais”, foi elaborado de acordo com as normas da Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (REEUSP), periódico classificado como A2 pela CAPES.

### **4.1 ARTIGO 1 – RESULTADOS DOS PARTOS DOMICILIARES PLANEJADOS ASSISTIDOS POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS EM FLORIANÓPOLIS**

## Resultados dos partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas em Florianópolis

### Outcomes of planned home birth assisted by obstetric nurses in Florianópolis/Brazil

**Título resumido:** Parto domiciliar planejado

Joyce Green Koettker<sup>I</sup>  
Odaléa Maria Brüggemann<sup>II</sup>  
Rozany Mucha Dufloth<sup>III</sup>

**Correspondência:** Joyce Green Koettker. Rodovia Admar Gonzaga 841 apto 917 bloco A Itacorubi. Cep:88034000. Florianópolis. Santa Catarina. E-mail: joycegreenk@yahoo.com.br

## RESUMO

**OBJETIVO:** conhecer as características sociodemográficas e obstétricas das mulheres assistidas por enfermeiras obstétricas no domicílio, de forma planejada e avaliar os resultados obstétricos e neonatais.

**MÉTODOS:** estudo transversal. A amostra foi composta por todos os partos das mulheres e seus recém-nascidos assistidos no domicílio pelas enfermeiras da Equipe Hanami, de janeiro de 2005 a dezembro de 2009, em Florianópolis - SC. Os dados foram coletados nos prontuários e nas gravações audiovisuais, por meio de formulário, e analisados por estatística descritiva, teste qui-quadrado ou exato de Fisher, teste t de Student e teste

<sup>I</sup> Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>II</sup> Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Campus Universitário - Trindade, Florianópolis/SC, Brasil. CEP 88040-900.

<sup>III</sup> Laboratório de Anatomia Patológica do Hospital e Maternidade Celso Pierro, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

de Mann Whitney. O nível de significância adotado foi de 5%.

**RESULTADOS:** das 100 mulheres estudadas, a maioria era primípara (73,0%), com ensino superior completo (53,0%), teve acompanhante (99,0%), apresentou batimentos cardíacos fetais normais (94,0%), com curva de alerta do partograma sem alteração (61,0%) e sem distocia funcional (70,0%). A taxa de amniotomia foi de 9,0% e de líquido amniótico meconial de 7,0%. O tempo entre a primeira avaliação e o parto foi < 5 horas em 46,1% dos casos, sendo mais frequente nas múltiparas do que nas primíparas ( $p=0,0402$ ). O parto de cócoras na água foi o mais escolhido (66,3%), especialmente pelas primíparas ( $p=0,0030$ ). Praticamente metade das mulheres (49,4%) não necessitou de sutura perineal e apenas em 1,1% foi indicada a episiotomia. A maioria dos recém-nascidos (98,9%) recebeu Apgar do 5º minuto  $\geq 7$ ; 100,0% tiveram contato pele a pele e 70,8% sucção efetiva. A icterícia neonatal foi a intercorrência mais comum (44,3%).

**CONCLUSÕES:** Os resultados obstétricos e neonatais indicam que esse tipo de atendimento é seguro, uma vez que as taxas de intervenções obstétricas, de transferência da parturiente ou do recém-nascido, de morbidades puerperais e neonatais são semelhantes aos achados de pesquisas realizadas em países em que a prática é reconhecida pelo sistema de saúde.

**DESCRITORES:** Parto Domiciliar. Parto Humanizado. Enfermagem Obstétrica.

## **ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** to know social and obstetrics characteristics of women assisted by obstetric nurses at planned home birth and to evaluate obstetrics and neonatal outcomes.

**METHODS:** cross-sectional analysis of retrospective data, of all planned deliveries of women and their newborn assisted at home by Hanami Team from January 2005 to December 2009, in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. Data were collected from standardized form and recorded video, both held by the nurses of Hanami Team. Statistics descriptive analysis and Chi-Square Test or Fisher's Exact Test, Student's t-test and Mann-Whitney Test were under taken. The level of significance was established at 5%.

**RESULTS:** a total of 100 women were assisted at home, the majority was primiparous (73.0%), completed university

graduation (53.0%), had a companion (99.0%), normal fetal heart beat (94.0), normal partogram (61.0%) and had no function distócia (70.0%). Membranes were ruptured artificially in 9.0% and meconium stain in 7.0%. Time between first evaluation and delivery was < 5 hours in 46.1% being more frequent in multiparous than primiparous ( $p=0.0402$ ). Water squat delivery was the most chosen position (66.3%), especially by primiparous ( $p=0.0030$ ). Nearly half of women (49.4%) didn't need perineal suture and in only 1.1% was indicated episiotomy. The majority of the newborn (98.9%) received Apgar score  $\geq 7$  at 5 minute, 100.0% had long skin to skin contact with their mother and 70.8% were breastfed successfully. Jaundice was the most common neonatal problem (44.3%).

**CONCLUSIONS:** obstetric and neonatal outcomes point out that planned home birth is safe, since percentage of obstetrics interventions, maternal and newborn transfer and morbidity are similar to the outcomes presented by international papers where this practice is well integrated into the health system.

**DESCRIPTORS:** Home Childbirth. Humanizing Delivery. Obstetrical Nursing.

## INTRODUÇÃO

O atendimento ao parto domiciliar planejado vem crescendo mundialmente.<sup>12</sup> Em diversos países como Holanda, Suécia, Suíça, Noruega, Canadá, Estados Unidos e Austrália, o domicílio é uma das opções de local parturitivo. Os resultados maternos e neonatais, de morbidade e mortalidade, têm sido amplamente publicados em periódicos internacionais; a maioria dos estudos, ao comparar a assistência prestada no domicílio e no hospital, conclui que ambos os locais são seguros.<sup>1,2,11,13-15, 19, 24,32</sup>

No Brasil, algumas mulheres estão optando pelo parto domiciliar, motivadas pela possibilidade de receberem um atendimento individualizado; sem intervenções obstétricas e medicalização desnecessárias, inclusive cirurgias cesarianas sem indicação precisa; terem contato pele a pele precoce e demorado com o Recém-Nascido (RN); contarem com a presença de mais de um acompanhante além de participarem de forma ativa e terem as suas crenças, valores e privacidade respeitados.<sup>7,18,21,a</sup>

O “respeito à escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações”<sup>25:36</sup> é uma das práticas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde, podendo ser o domicílio, quando existir um centro de referência nos casos de transferência.<sup>25</sup>

As evidências científicas apontam resultados positivos, quando a assistência domiciliar é prestada de forma planejada e por profissional competente. Em contrapartida, os resultados perinatais negativos estão relacionados a partos precipitados e não planejados.<sup>9</sup>

A enfermeira obstétrica é uma das profissionais da equipe de saúde que está habilitada e amparada legalmente pela lei do exercício profissional<sup>b</sup> para a assistência ao parto, já reconhecida em 2008 pela Agência Nacional de Saúde Complementar para assistir de forma autônoma o parto domiciliar das gestantes de baixo risco.<sup>4</sup>

Nos últimos anos, observa-se gradativa inserção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto domiciliar

<sup>a</sup> Lessa HF. Parto em casa: vivência de mulheres [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2003.

<sup>b</sup> Ministério da Saúde. Portaria nº 163 de 22 de setembro de 1998. Trata da regulamentação da realização do parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. Diário Oficial da União, 24 set. 1998; Seção 1:24.

planejado.<sup>6</sup> Essas experiências têm sido relatadas em estudos qualitativos e compartilhadas em eventos científicos; de maneira geral, apontam vivências positivas das mulheres e dos profissionais envolvidos, sem aparente aumento de morbimortalidade materna ou neonatal.<sup>7,18,21</sup>

Entretanto, a maioria dos partos ainda ocorre em ambiente hospitalar, com predominância do médico nessa assistência.<sup>a,b</sup> O maior índice de parto domiciliar ocorre na região Norte do Brasil, mas não chega a atingir 10,0% dos nascimentos.<sup>b</sup> Em Florianópolis/SC, os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos apontam crescente aumento do parto domiciliar, registrando 5 nascimentos no ano de 2004; 12 em 2005; 19 em 2006 e 42 em 2007.<sup>c</sup> Esse aumento, embora tímido, pode estar relacionado à atuação de enfermeiras obstétricas, que formaram uma equipe intitulada “Equipe Hanami, o florescer da vida – parto domiciliar planejado”, que desde 2006 atende mulheres no domicílio.<sup>10</sup>

Em virtude desse cenário brasileiro, há uma lacuna sobre os resultados obstétricos e neonatais de partos domiciliares planejados, uma vez que os dados divulgados no SINASC abrangem os nascimentos planejados e não planejados fora do hospital. Assim sendo, torna-se necessário avaliar de forma sistemática esse tipo de atenção e gerar indicadores de saúde.

O objetivo desta pesquisa foi conhecer as características sociodemográficas e obstétricas das mulheres assistidas por enfermeiras obstétricas no domicílio, de forma planejada, e avaliar os resultados obstétricos e neonatais.

## MÉTODO

Trata-se de estudo transversal retrospectivo. A amostra foi composta por todos os partos das mulheres assistidas no domicílio, de forma planejada pelas enfermeiras da Equipe Hanami, e pelos seus RNs, de janeiro/2005 a dezembro/ 2009.

A amostra foi selecionada com base nos prontuários arquivados pelas enfermeiras. Foram incluídas as mulheres

<sup>a</sup> Brasil. IBGE. Estatísticas do Registro Civil; 2007; 34.

<sup>b</sup> Ministério da Saúde. PNDS 2006. Pesquisa nacional e demográfica e saúde da criança e da mulher. Relatório. Brasília; 2008.

<sup>c</sup> Datasus. Sistema de informações sobre nascidos vivos [internet]. [cited 2010 Abr 7]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsc.def>. [7 abr.2010].

assistidas durante o trabalho de parto, parto ou em ambos os períodos clínicos e até o 10<sup>o</sup> dia de puerpério, e os neonatos nascidos no domicílio.

A equipe é composta por três enfermeiras obstétricas e quatro generalistas e conta com o apoio de três médicos obstetras que acompanham o pré-natal da maioria das gestantes, prescrevem os medicamentos necessários, e são referência nos casos de distocia. As atividades da equipe são desenvolvidas no pré-natal, no parto e no pós-parto. As mulheres que buscam essa modalidade de atendimento são avaliadas por meio de um protocolo de triagem, sendo incluídas somente as de baixo risco. O pré-natal é iniciado na 37<sup>a</sup> semana de gestação com as consultas domiciliares e que se estendem semanalmente até o parto. Na primeira, já se define qual instituição de saúde será a referência, na necessidade de transferência. No dia do parto a assistência é prestada por três ou quatro enfermeiras, uma delas especialista em obstetrícia. A equipe leva o material necessário para o atendimento, incluindo o de suporte básico de vida para as intercorrências. No caso de transferência, o transporte é realizado em um dos carros das enfermeiras. O acompanhamento da puérpera e do RN ocorre no 1<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup> e 10<sup>o</sup> dia pós-parto e se estende até o 15<sup>o</sup> dia, quando o RN não atingiu o peso do nascimento. A família recebe orientação sobre amamentação, teste do pezinho e da Emissão Otoacústica Evocada (EOA), conhecido como teste da orelhinha, e vacinas.<sup>10</sup> Esse atendimento é prestado de forma autônoma: é privado, mediante pagamento de honorários.

As variáveis avaliadas foram obtidas dos dados mensurados e registrados pelas enfermeiras durante o atendimento prestado, sendo classificadas em: sociodemográficas; obstétricas da gestação, do trabalho de parto, do parto, do pós-parto imediato e do puerpério imediato; do RN e do acompanhante.

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário padronizado preenchido com base nos registros dos prontuários e nas gravações audiovisuais.

Os dados foram digitados no programa EPI INFO – versão 2008 e analisados por estatística descritiva (frequência e porcentagem), teste qui-quadrado, teste exato de Fisher, teste t de Student e teste de Mann Whitney. O nível de significância adotado foi de 5%, portanto os valores do **p** menores que 0,05

apontaram resultados estatisticamente significantes. Os testes estatísticos foram realizados no software SAS versão 9.1.3.

A pesquisa seguiu os princípios da Declaração de Helsinki e da Resolução nº 196/96<sup>a</sup>. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina. A autorização para utilizar os dados foi concedida pela maioria das mulheres mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após exaustiva busca por contato telefônico e carta.

## RESULTADOS

Do total de partos assistidos pelas enfermeiras no ambiente domiciliar (102) no período estudado, 100 mulheres atenderam os critérios de inclusão, duas parturientes gestavam fetos em apresentação pélvica. Dessas, 11 foram encaminhadas para uma instituição de saúde, durante o trabalho de parto e nenhuma mulher precisou de transferência após o parto, o que resultou em 89 neonatos nascidos no domicílio. Apenas um RN foi transferido após uma hora de vida para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), por apresentar doença congênita - Epidermólise Bolhosa, sem diagnóstico pré-natal. Das mulheres transferidas, nove realizaram cesariana (9,0% da amostra total).

No parto, as mulheres tiveram acompanhantes de sua rede social: 39,8% um acompanhante; 23,9% dois; 21,6% três; 6,8% quatro e 7,9% cinco ou mais. Somente uma optou por não tê-lo. O companheiro esteve presente em 98,9% dos partos, seguido da mãe (28,4%) e de uma amiga (26,1%), além da presença de filhos da parturiente (19,3%). A mediana de idade do companheiro foi 29,5 anos (20 a 49), a maioria tinha ensino superior incompleto ou completo (71,6%).

A idade mediana das mulheres foi de 28 anos (21-43), significativamente maior nas múltiparas ( $p=0,0019$ ); a maioria era casada ou mantinha união estável (93,0%), cursara ensino superior completo (53,0%) e realizava atividade remunerada (72,0%). Do total, 73,0% eram primíparas; 8,0% tinham uma cesariana anterior, com mais de dois anos de intervalo interpartal. Das múltiparas, 35,1% haviam sido assistidas no domicílio em parto anterior (Tabela 1).

<sup>a</sup> Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*, 1996; 4:15-25.

Na primeira avaliação no domicílio, já em trabalho de parto, a maioria das mulheres apresentava idade gestacional superior a 38 semanas (89,0%), colo médio (46,0%) e dilatação cervical  $\geq$  a 4 cm (60,0%), não havendo diferença estatisticamente significativa dessas variáveis em relação à paridade (Tabela 2).

Quanto aos dados do trabalho de parto, a deambulação livre foi prerrogativa do cuidado, assim como a liberdade de movimentação e de alimentação; foi realizada amniotomia em 8,0% das parturientes, sendo 3,0% de líquido amniótico meconial; 94,0% apresentaram batimentos cardíacos fetais sem alteração; em 61,0% o traçado do partograma manteve-se normal e 70,0% sem distocia funcional. O tempo transcorrido entre a primeira avaliação no domicílio e o parto foi  $<$  do que 5 horas em 46,1% dos casos, tendo sido mais frequente nas múltiparas ( $p = 0,0402$ ). O banho terapêutico de aspersão foi o método mais utilizado para o alívio da dor (59,0%), em especial pelas primíparas ( $p=0,0015$ ), assim como o banho de imersão ( $p=0,0142$ ) e a bola ( $p=0,0273$ ) (Tabela 3).

No parto, o local do domicílio mais escolhido foi a sala (62,9%) e a posição de cócoras na água a mais frequente (66,3%), opção predominantemente entre as primíparas com significância estatística. Das mulheres que tinham cesariana prévia (oito), cinco pariram no domicílio. A taxa de amniotomia foi de 1,0%, e a de líquido meconial, 4,0%. Quanto às condições do períneo, a laceração de 1º grau foi a mais frequente (69,7%) e apenas uma mulher foi submetida à episiotomia. No entanto praticamente metade (49,4%) das mulheres não necessitou de sutura perineal. Cerca de 50,0% das mulheres tiveram dequitação placentar prolongada, mas 83,1% não necessitaram de medicação. Todos os RNs foram colocados em contato pele a pele logo após o nascimento e 70,8% apresentaram sucção efetiva na primeira hora de vida (Tabela 4).

Do total de RNs assistidos no domicílio, a mediana de peso foi 3.300 gramas (2.470-4.300) e 98,9% obtiveram escore de Apgar  $\geq$  a 7 no 5º minuto. A mediana do tempo de pulsar do cordão foi de 35 minutos. A maioria dos RNs (91,0%) foi considerada adequada para a idade gestacional (idade gestacional x peso). A mediana do perímetro cefálico foi de 35 cm (33-36) nas múltiparas e 34 cm (32-37) nas primíparas. Das intercorrências que acometeram os RNs até o 15º dia de vida, a

icterícia foi a mais frequente (44,3%) (Tabela 5).

Todas as mulheres, independente do local de desfecho do parto, foram acompanhadas pelas enfermeiras no puerpério imediato, sendo mais frequentes as seguintes intercorrências: fissura mamilar (36%) e turgidez mamária (34%).

## DISCUSSÃO

Os resultados obstétricos e neonatais dos partos planejados assistidos por enfermeiras obstétricas que compõem a Equipe Hanami indicam que esse tipo de atendimento é seguro, uma vez que se mostraram baixas as taxas de intervenções obstétricas, de complicações, de transferência da parturiente ou do RN, de morbidades puerperais e neonatais e essas são semelhantes às das pesquisas realizadas em países onde essa prática, desenvolvida pelas *midwives*, é respeitada e reconhecida pelo sistema de saúde. Na amostra estudada, a taxa de transferência e de necessidade de cesarianas foi baixa sendo menor do que a recomendada pela OMS.<sup>25</sup>

A escolha pelo parto domiciliar foi consciente durante o pré-natal, após receberem orientação quanto ao protocolo assistencial (indicações e contra-indicações) e eventuais riscos. Esse planejamento prévio é frequente nesse tipo de assistência.<sup>15,16,20,29,31</sup>

As mulheres estavam na faixa etária de baixo risco reprodutivo, tinham elevado alto nível de escolaridade e uma fonte de renda, dados semelhante aos de outras mulheres estudadas em contextos semelhantes.<sup>1,3,12-16,20,29-31</sup> Essas características sociodemográficas podem ter facilitado a escolha, uma vez que nos centros urbanos brasileiros o atendimento ao parto domiciliar é realizado de forma privada, exigindo um planejamento financeiro.

Em praticamente todos os partos, o companheiro foi o acompanhante escolhido pela mulher. O próprio ambiente possibilitou a presença de outras pessoas da sua rede social, inclusive a de outros filhos, o que fortalece o vínculo familiar. O não cumprimento da “Lei do acompanhante” pelas instituições de saúde<sup>a,23</sup> no Brasil, e a possibilidade de ter mais de um acompanhante, inclusive contar com a participação de outros

<sup>a</sup> Ministério da Saúde. PNDS 2006. Pesquisa nacional e demográfica e saúde da criança e da mulher. Relatório. Brasília; 2008.

filhos, podem ter motivado a opção pelo domicílio.<sup>7,8,21</sup>

O número de consultas de pré-natal é semelhante aos achados de outras pesquisas sobre parto domiciliar<sup>8,25</sup> e também está de acordo com os dados do MS no ano de 2006, quando 77% das gestantes atendidas realizaram 6 ou mais consultas.<sup>a</sup>

Por se tratar de uma prática de atenção que requer aproximação precoce entre os sujeitos envolvidos para avaliar se as condições clínicas e obstétricas viabilizarão a assistência no domicílio, e também por necessitar a inserção do profissional no ambiente familiar, torna-se imprescindível que a assistência seja iniciada no pré-natal. As consultas fortalecem a confiança das gestantes nas enfermeiras, uma vez que são amplamente discutidas as diferenças entre o parto domiciliar e o hospitalar, os métodos não farmacológicos para alívio da dor, a preparação e a posição no parto, entre outros aspectos. Ser acompanhada desde o pré-natal pela *midwife* que assistirá o parto é uma prática avaliada positivamente pelas mulheres.<sup>31</sup>

Chama atenção o número de primíparas, uma vez que, de maneira geral, são mulheres que buscam o ambiente hospitalar, como apontam os estudos realizados nos Países Baixos<sup>3,15,30,31</sup>, EUA<sup>29</sup>, Canadá<sup>11-13</sup> e Austrália.<sup>16</sup>

O desencadeamento espontâneo do trabalho de parto foi uma característica do acompanhamento domiciliar, que pode ser decorrente da atitude das mulheres e das enfermeiras de aguardarem os primeiros sinais. Dessa forma, em praticamente metade das mulheres o trabalho de parto iniciou em torno de 40 semanas ou mais de gestação, resultado semelhante ao de outros estudos.<sup>15,16,30</sup>

Com relação aos resultados do trabalho de parto, predominaram a não utilização de fármacos e a preservação da integridade das membranas, o que pode ter favorecido o bem estar-fetal e a permanência do líquido amniótico sem mecônio. A reduzida taxa de amniotomia no trabalho de parto e no parto, decorreu da sua realização apenas nos casos indicados (parada da progressão da dilatação e cruzamento da curva de alerta no partograma), uma vez que a Equipe valoriza o mínimo de intervenções, evitando o início da cascata de intervenção, situação comum em alguns hospitais brasileiros. Esses achados são similares aos dos estudos internacionais, nos quais a taxa de amniotomia oscila entre 5,0% e 22,4%.<sup>11-14,31</sup> No entanto, são expressivamente menores do que as taxas de amniotomia

encontradas em hospitais e centros de parto normal brasileiros.<sup>8,17,a</sup>

A taxa das mulheres que tinham cesariana prévia e pariram no domicílio foi superior à encontrada na literatura Australiana.<sup>16</sup>

O tempo transcorrido entre o início do atendimento domiciliar e o nascimento, < 5 horas em 46,1% das mulheres estudadas, foi inferior ao descrito em pesquisa realizada na Austrália, em que apenas 26,8% pariram nesse tempo<sup>32</sup>. Na presente pesquisa foi significativamente menor nas múltiparas, como era esperado. O tempo de trabalho de parto acima de 10 horas pode ser atribuído ao elevado número de mulheres que se encontravam ainda na fase latente do trabalho de parto, no início do acompanhamento, ao colo médio, assim como ao expressivo número de primíparturientes. Convém salientar que a bradissístolia e hipossístolia também podem ter contribuído para esse resultado e para o cruzamento da curva de alerta em 36,0% dos casos. Entretanto, de maneira geral, pode-se considerar que a duração do trabalho de parto foi menor do que a encontrada nos parâmetros descritos pelo MS.<sup>b</sup>

As enfermeiras utilizam uma grande diversidade de métodos não farmacológicos para reduzir a percepção dolorosa e favorecer o relaxamento, facilitando a evolução do trabalho de parto. Foi estatisticamente significativa a maior frequência do uso de alguns desses métodos pelas primíparas. O uso dos métodos tem sido pouco avaliado nos estudos sobre parto domiciliar. Pesquisa realizada na Suíça<sup>1</sup> descreve como métodos mais utilizados a movimentação e a massagem.

O próprio ambiente domiciliar favoreceu a livre escolha da mulher sobre o local e a posição assumida no período expulsivo. Como a maioria delas, em especial as primíparas, optou em parir de cócoras na água, a sala foi o local mais escolhido, uma vez que geralmente é o maior cômodo da casa. Dados sobre esses aspectos são escassos, mas em geral alguns estudos apontam que as mulheres assistidas em casa optaram

<sup>a</sup> Schenek CA. Estudo comparativo dos resultados maternos e perinatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital - São Paulo (SP) [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2009.

<sup>b</sup> 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; 2003.

por posições não litotômicas (sentada, de quatro apoios ou de pé) e por parto na água.<sup>1,20</sup> Cabe enfatizar que a posição de litotomia ainda é amplamente utilizada em hospitais brasileiros<sup>8</sup>, com exceção de algumas instituições.<sup>5</sup>

Com relação aos desfechos do parto, a taxa de líquido meconial foi similar à dos dados internacionais, que variam entre 2,3% e 13,4%<sup>12,29,30</sup>; resultado que pode ter influenciado a elevada frequência de escore de Apgar  $\geq 7$  e a não transferência de RNs para a UTI neonatal.

Quanto às condições do períneo, em 27% das mulheres permaneceu íntegro, taxa inferior à de alguns estudos, que se mantém entre 54,4% e 64,2%.<sup>12,13,27</sup> Entretanto, a integridade perineal em primíparas foi maior do que a encontrada em pesquisa realizada na Holanda.<sup>30</sup> As lacerações perineais, mesmo acima das descritas em outros estudos<sup>1,13</sup>, limitaram-se ao 1º grau, o que difere dos achados de outras pesquisas que apresentaram taxa de laceração de 3º e/ou 4º grau entre 0,4% e 2,1%.<sup>1,13,16</sup> Destaca-se que em praticamente 30% dessas lacerações não houve indicação de sutura. Por outro lado, a reduzida taxa de episiotomia foi semelhante à de outras pesquisas realizadas nos Estados Unidos<sup>14</sup>, no Canadá<sup>11-13</sup> e na Austrália<sup>16</sup>, que oscilaram entre 0,4% e 4,3%, devido à própria assistência prestada pelas enfermeiras que restringe a utilização da intervenção obstétrica somente a caso indicado. Já em estudos desenvolvidos nos Países Baixos essa taxa é mais elevada<sup>2,30</sup>, chegando a 52,4% em primíparas<sup>30</sup>, dado muito superior ao do presente estudo. No Brasil, em âmbito hospitalar, é intervenção bastante comum. Em 2006 foi realizada episiotomia em 70% das parturientes de parto normal.<sup>a</sup>

O estudo mostra outros dados relacionados à adoção de práticas baseadas em evidências, como o contato pele a pele da mãe com o RN em todos os partos e a amamentação na primeira hora de vida. O conhecimento das mulheres sobre o benefício dessas práticas pode ter contribuído para esses resultados, pois elas solicitam e desejam que esse lapso temporal seja respeitado pelos profissionais. Esses dados não têm sido muito investigados, porém, taxa similar de contato pele a pele e de amamentação foi constatada em estudo realizado na Suíça.<sup>1</sup>

<sup>a</sup> Ministério da Saúde. PNDS 2006. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher. Relatório. Brasília: MS; 2008.

Entretanto estudo realizado em maternidade brasileira apontou que 78,3% das mulheres tocaram o RN na sala de parto, porém, somente 33,0% levaram-no ao seio.<sup>8</sup>

A elevada taxa de dequitação prolongada, ou seja, após 30 minutos da expulsão fetal<sup>22</sup>, pode estar associada ao clampeamento tardio do cordão umbilical que é realizado somente após a dequitação. Essa técnica aplicada pelas enfermeiras obstétricas foi aprendida no Curso de Assistência ao parto Humanizado nas casas de parto no Japão, realizado pela JICA (Japan International Cooperation). Também está baseada no fato de que o clampeamento tardio eleva a taxa de hematócrito e de hemoglobina, reduzindo a frequência de anemia ferropriva no primeiro ano de vida, embora haja indícios de que pode causar hiperbilirrubinemia.<sup>a</sup> O clampeamento tardio, com um minuto de vida, é apontado como uma alternativa dos programas que visem à redução da deficiência de ferro e anemia em crianças, principalmente em países em desenvolvimento.<sup>28</sup>

Embora a dequitação prolongada tenha acometido praticamente metade das mulheres, a porcentagem de hemorragia no pós-parto foi 5,6%, resultados congruentes aos descritos em outras investigações.<sup>1,12,13,16,27,30,32</sup> No presente estudo não houve diferença estatisticamente significativa entre o sangramento e a paridade, diferente de outros nos quais foram constadas taxas diferentes em primípara e múltípara (1,3% a 1,9% e de 0,6% a 0,7%, respectivamente).<sup>11,30</sup> Apesar de algumas intercorrências no pós-parto imediato, a maioria das puerperas não necessitou de tratamento medicamentoso.

Os resultados neonatais acerca do peso do RN foram similares aos apontados na literatura internacional,<sup>1,11-14,20,29,32</sup> assim como o escore de Apgar de 1º e 5º minuto.<sup>12,14,16,20,29</sup> Entretanto, apenas um RN foi considerado pós-termo pelo cálculo do Capurro, dado expressivamente menor do que o de outros estudos, nos quais a porcentagem varia de 1,7% a 13%.<sup>11,14,30,32</sup>

O respeito à adaptação lenta do RN ao ambiente extra-uterino e a ausência de intervenções desnecessárias, entre elas o não clampeamento precoce do cordão umbilical, contribuíram

---

<sup>a</sup> Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Área técnica de saúde da mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: MS; 2003.

para que o tempo de pulsar do cordão se estendesse por até 20 minutos em praticamente metade da amostra estudada. Esse tempo não tem sido frequentemente avaliado pelos estudos, mas em pesquisa realizada na Suíça<sup>1</sup>, na década de 90, o tempo de pulsar do cordão foi de 1 a 20 minutos, com mediana de 5 minutos.

A maioria dos RNs apresentou perímetro cefálico (PC) dentro do parâmetro normal, que é em torno de 33,5cm<sup>a</sup>, porém a mediana encontrada foi um pouco acima desse parâmetro. Recente pesquisa sobre fatores associados à realização de cesariana mostrou que quando o PC é  $\geq$  a 35 cm, aumenta a razão de prevalência de realizar cesariana.<sup>26</sup> Todavia, o tamanho da amostra da presente pesquisa não permitiu avaliar tal associação.

A única transferência de RN para a UTIN não foi relacionada ao parto nem ao local de nascimento, mas pode ser atribuído ao protocolo instituído pelas enfermeiras, que estabelece a inclusão apenas de mulheres com gestação de baixo risco. Esse achado é diferente do de outros estudos que apontam taxa de transferência do RN para o hospital de 0,1% a 1,6%, tendo como principais razões o desconforto respiratório e a hiperbilirrubinemia.<sup>12-15,20,29,32</sup> Quanto às intercorrências neonatais, nos primeiros 15 dias de vida, a elevada taxa de icterícia pode estar relacionada ao clampeamento tardio do cordão umbilical, conforme literatura já citada<sup>b</sup>.

Ao comparar as características sociodemográficas e os desfechos obstétricos e neonatais com a paridade, observa-se que não há diferença estatisticamente significativa na maioria das variáveis estudadas.

É importante salientar aspectos importantes da assistência prestada como: o respeito da evolução natural do processo de parturição, a assistência baseada em evidências científicas e a utilização de intervenções somente em casos indicados, evitando, assim, a cascata de intervenções.

Chama atenção a elevada ocorrência de dequitação prolongada e de icterícia no neonato, que requerem uma

<sup>a</sup> Oliveira ME, Monticelli M, Bruggemann OM, organizadoras. Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais. 2.ed.rev. Florianópolis: Cidade Futura; 2007.

<sup>b</sup> 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; 2003.

avaliação mais aprofundada em estudos analíticos prospectivos com maior amostragem.

Entre as limitações do estudo podemos citar: coleta retrospectiva dos dados e amostra reduzida e com um potencial viés, uma vez que são partos de mulheres que optaram pelo domicílio por acreditarem no seu poder parturitivo e desejarem uma assistência não intervencionista, características constatadas em outro estudo.<sup>1</sup>

A inexistência de dados nacionais sobre esse tipo de assistência não permitiu a discussão com indicadores brasileiros. Dessa forma, os resultados foram comparados com dados internacionais, de atendimento ao parto domiciliar atendido por *midwife* e de forma planejada.

Esse estudo contribui para a avaliação da assistência ao parto domiciliar planejado, divulgação e credibilidade dessa modalidade de atendimento em tela; além disso, dá maior visibilidade à atuação autônoma das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto. As complicações e distócias ocorridas na amostra, apesar de pouco frequentes, foram prontamente solucionadas pela equipe. As transferências, quando necessárias, foram realizadas sem intercorrências e os dados mostram resultados seguros para o binômio mãe-recém nato. Os achados preenchem uma lacuna existente na literatura nacional e indicam a necessidade de outras investigações sobre essa prática no Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. Ackermann-Leibrich U, Voegeli T, Gunter-Witt K, Kunz I, Zullig M, Schindler C, Maurer M. Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcomes. *BMJ*. 1996;313:1313-1318.
2. Amerlink-Verburg MP, Verloove-Vanhorick SP, Hakkenberg RMA, Veldhuijzen IME, Gravenhorst JB, Buitendijk SE. Evaluation of 280,000 cases in Dutch midwifery practices: a descriptive study. *BJOG*. 2008;115:570-578. DOI:10.1111/j.1471-0528.2007.01580.x
3. Anthony S, Buitendijk SE, Offerhaus PM, Dommelen PV, Bruin KMP. Maternal factors and the probability of a planned home birth. *BJOG*. 2005; 112:748-753. DOI:10.1111/j.1471-0528.2004.00520.x

4. Agência nacional de saúde complementar. O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: ANS, 2008.
5. Bruggemann OM, Knobel R, Siebert ERS, Boing AF, Andrezzo HFA. Vertical-position births at a University Hospital: a time-series study, 1996 to 2005. *Brazilian Journal of Mother and Child Health*. 2009; 09(02):189-196. DOI: 10.1590/S1519-38292009000200008
6. Caparroz, SC. O resgate do parto natural: contribuições de uma tecnologia apropriada. Joinville: Univille, 2003
7. Davim RMB, Menezes RMP. Assistência ao parto normal domiciliar. *Rev. Latino – Americana de Enfermagem*. 2001;9(6):62–68.
8. d’Orsi E, Chor D, Giffin K, Ângulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev. Saúde Publica*. 2005;34(4):646–54. DOI: 10.1590/S0034-89102005000400020
9. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E et al. Guia para a atenção efetiva na gravidez e no parto. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
10. Feyer ISS, Silva J, Koettker JG, Calvette MF, Burigo RA, Collaço VS. O florescer da vida: parto domiciliar planejado, orientações para gestação, parto e pós-parto. Florianópolis: Lagoa, 2009.
11. Hutton EK, Reitsma AH, Kaufman K. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canadá, 2003-2006: a retrospective cohort study. *Birth*. 2009; 36(3):180-189.
12. Janssen PA, Lee SK, Ryan EM, Etches DJ, Farquharson DF, Peacock D, Lein MC. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of Midwifery in British Columbia. *CMAJ*. 2002; 166(3):315–323.
13. Janssen PA, Saxel L, Page L, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife

- versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ*.2009;181(6-7):377-383.DOI: 10.1503/cmaj.081869
14. Johnson K.C., Daviss B.A. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ on line*. 2005;330.DOI: 10.1136/bmj.330.7505.1416.
  15. Jonge A, Goes VD, Ravelli ACJ, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low risk planned home and hospital births. *BJOG*. 2009;116(9):1177–1184.DOI: 10.1111/j1471-0528.2009.02175.x
  16. Kennare RM, Keirse MJNC, Tucker GR, Chan AC. Planned home and hospital births in South Australia, 1991-2006: differences in outcomes. *MJA*. 2009;192(2)76-80.
  17. Koiffman MD, Schneck CA, Reisco MLG, Bonadio IC. Risk factors for neonatal transfers from the Sapopemba FEE-standing birth centre to a hospital in São Paulo, Brazil. *Midwifery*. 2009; DOI: 10.1016/j.midw.2009.02.004.
  18. Kruno RB, Bonilha ALL. Parto no domicílio na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2004;25(3):396-407.
  19. Lindgren HE, Radestad IJ, Christensson K, Hildingsson IM. Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population-based register study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*.2008; 87(7):751-759.
  20. Mcurtrie J, Catling-Paul C, Teate A, Caplice S, Chapman M, Homer C. The St. George homebirth program: an evaluation of the first 100 booked women. *The Royal Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2009; 49(6):631-636. DOI: 10.1111/j.1479-828X.2009.01103.x
  21. Medeiros RMK, Santos IMM, Silva LR. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*. 2008; 12(4):765-772.

22. Montenegro CAB, Filho JR. Rezende, obstetrícia. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2010.
23. Oliveira MIC, Dias MAB, Cunha CB, Leal MC. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. *Rev. Saúde Pública.* 2008; 42(5):895-902. DOI:10.1590/S0034-89102008000500015
24. Olsen O, Jewell MD. Home versus hospital birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library.* 2008; 4. Oxford: Update Software.
25. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996.
26. Pádua KS, Osis MJD, Faúndes A, Barbosa AH, Filho OBM. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. *Rev. Saúde Pública.* 2010; 44(1):70-79. DOI:10.1590/S0034-89102010000100008
27. Parrat J, Johnston J. Planned homebirths in Victoria, 1995-1998. *Australian journal of midwifery: professional journal of the Australian College of Midwives Incorporated.* 2002;15(2):16-22.
28. Venancio SI, Levy RB, Saldiva SRDM, Mondini L, Alves MCGP, Leung SL. Efeitos do clampeamento tardio do cordão umbilical sobre os níveis de hemoglobina e ferritina em lactentes aos três meses de vida. *Cad. de Saúde Pública.* 2008; Sup 2:323-331. DOI: 10.1590/S0102-311X2008001400017
29. Wax JR, Pinette G, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn morbidity by birth facility among selected United States 2006 low-risk births. *AJOG.* 2010; 152:e1-e5. DOI:10.1016/j.ajog.2009.09.037
30. Wieggers TA, Keirse MJNC, Zee JVD, Berghs GAH. Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in the Netherlands. *BMJ.* 1996; 313:1309–1313.
31. Wieggers T. The quality of maternity care services as experiences by women in the Netherlands. *BMC pregnancy*

and childbirth. 2009; 9(18). DOI: 10.1186/1471-2393-9-18

32. Woodcock HC, Read AW, Bower C, Stanley FJ, Moore DJ. A matched cohort study of planned home and hospital births in Western Australia 1981-1987. *Midwifery*. 1994; 10(3):125-135.

Tabela 1. Características sociodemográficas e obstétricas das mulheres assistidas no domicílio, segundo a paridade. Florianópolis, SC, 2005 a 2009.

Variáveis	Total n(%)	Multipara n(%)	Primípara n(%)	Valor de p
<b>Idade (anos) (mediana)</b>	<b>100(100,0)</b>	<b>27(27,0)</b>	<b>73(73,0)</b>	
20 – 24	28(21,43)	30(23,43)	27(21,41)	0,0019 <sup>c</sup>
25 – 29	23(23,0)	2(7,4)	21(28,8)	0,0233 <sup>d</sup>
30 – 34	40(40,0)	9(33,3)	31(42,5)	
≥ 35	20(20,0)	8(29,6)	12(16,4)	
	17(17,0)	8 (29,6)	9(12,3)	
<b>Estado marital</b>				0,3835 <sup>e</sup>
União estável/casada	93(93,0)	24(88,9)	69(94,5)	
Solteira	7(7,0)	3(11,1)	4(5,5)	
<b>Escolaridade</b>				0,3216 <sup>e</sup>
Ensino médio incompleto	1(1,0)	1(3,8)	0(0,0)	
Ensino médio completo	12(12,0)	4(15,4)	8(11,0)	
Ensino superior incompleto	33(33,0)	7(26,9)	26(35,6)	
Ensino superior completo	53(53,0)	14(53,8)	39(53,4)	
Sem registro	1(1,0)	---	---	
<b>Ocupação</b>				0,0061 <sup>d</sup>
Atividade remunerada	72(72,0)	21(77,8)	51(69,9)	
Estudante	20(20,0)	1(3,7)	19(26,0)	
Do lar	8(8,0)	5(18,5)	3(4,1)	
<b>Consultas de pré-natal com médico</b>				0,7507 <sup>e</sup>
< seis consultas	16(16,0)	5(23,8)	11(18,3)	
≥ seis consultas	65(65,0)	16(76,2)	49(81,7)	
Sem registro	19(19,0)	---	---	

Tabela 1. Características sociodemográficas e obstétricas das mulheres assistidas no domicílio, segundo a paridade. Florianópolis, SC, 2005 a 2009.

Variáveis	Total n(%)	Múltipara n(%)	Primípara n(%)	Valor de p
<b>Consultas de pré-natal com enfermeiras</b>	<b>100(100,0)</b>	<b>27(27,0)</b>	<b>73(73,0)</b>	<b>0,2655<sup>e</sup></b>
< seis consultas	85(85,0)	22(84,6)	63(87,5)	
≥ seis consultas	10(10,0)	2(7,7)	8(11,1)	
Nenhuma <sup>a</sup>	3(3,0)	2(7,7)	1(1,4)	
Sem registro	2(2,0)	---	---	
<b>Início do pré-natal com enfermeira (IG/DUM)<sup>b</sup></b>				<b>0,3431<sup>e</sup></b>
< de 38 semanas	75(75,0)	20(90,9)	55(80,9)	
≥ de 38 semanas	15(15,0)	2(9,1)	13(19,1)	
Sem registro	10(10,0)	---	---	
<b>Parto anterior</b>				
Nenhum	73(73,0)	---	---	
Parto(s) vaginal(is)	19(19,0)	---	---	
Cesariana	8(8,0)	---	---	
<b>Local dos partos anteriores (n=37)</b>				
Hospital	22(59,5)	---	---	
Domicílio	13(35,1)	---	---	
Centro de parto normal	2(5,4)	---	---	

<sup>a</sup>Encaminhadas pelo médico do pré-natal próximo ao início do trabalho de parto

<sup>b</sup>Idade gestacional calculada pela Data da Última Menstruação (DUM)

<sup>c</sup>Teste de Mann-Whitney

<sup>d</sup>Teste qui-quadrado

Tabela 2. Variáveis obstétricas do trabalho de parto na primeira avaliação no domicílio, segundo a paridade. Florianópolis, SC, 2005 a 2009.

Variáveis	Total n(%)	Múltipara n(%)	Primípara n(%)	Valor de p
<b>Idade gestacional (USG)</b>	<b>100(100,0)</b>	<b>27(27,0)</b>	<b>73(73,0)</b>	0,2614 <sup>b</sup>
< 38 semanas	7(7,0)	3(12,5)	4(5,6)	
≥ 38 semanas <sup>a</sup>	89(89,0)	21(87,5)	68(94,4)	
Sem registro	4(4,0)	---	---	
<b>Apagamento cervical</b>				0,8427 <sup>b</sup>
Total	5(5,0)	2(8,7)	3(4,3)	
Fino	25(25,0)	7(30,4)	18(26,1)	
Médio-fino	11(11,0)	3(13,0)	8(11,6)	
Médio	46(46,0)	10(43,5)	36(52,2)	
Grosso-médio	3(3,0)	1(4,3)	2(2,9)	
Grosso	2(2,0)	0(0,0)	2(2,9)	
Sem registro	8(8,0)	---	---	
<b>Dilatação cervical</b>				0,7233 <sup>c</sup>
≤ 3 cm	39(39,0)	11(42,3)	28(38,4)	
≥ 4 cm	60(60,0)	15(57,7)	45(61,6)	
Sem registro	1(1,0)	---	---	

<sup>a</sup> Do total, 47,5% das mulheres apresentavam IG ≥ a 40 semanas.

<sup>b</sup> Teste exato de Fischer

<sup>c</sup> Teste qui-quadrado

Tabela 3. Variáveis obstétricas da evolução do trabalho de parto das mulheres assistidas no domicílio, segundo a paridade. Florianópolis, SC, 2005 a 2009.

Variáveis	Total	Multipara	Primípara	Valor de p
	n(%)	n(%)	n(%)	
<b>Batimentos cardíacos fetais</b>	<b>100(100,0)</b>	<b>27(27,0)</b>	<b>73(73,0)</b>	
Sem alteração	94(94,0)	25(96,2)	69(94,5)	0,1908 <sup>e</sup>
Bradycardia leve	3(3,0)	0(0,0)	4(5,5)	
Taquicardia leve	1(1,0)	1(3,8)	0(0,0)	
Sem registro	1(1,0)	---	---	
<b>Rotura das membranas</b>				0,4265 <sup>e</sup>
Amniorrexe	60(60,0)	18(94,7)	42(85,7)	
Amniotomia	8(8,0)	1(5,3)	7(14,3)	
<b>Cor do líquido amniótico</b>				1,0000 <sup>e</sup>
Claro	59(59,0)	14(93,3)	45(95,7)	
Líquido meconial	3(3,0)	1(6,7)	2(4,3)	
Sem registro	6(6,0)	---	---	
<b>Uso de medicamento</b>				0,6963 <sup>e</sup>
Nenhum	73(73,0)	18(69,2)	55(75,3)	
Antibiótico no pré-natal	19(19,0)	7(26,9)	12(16,4)	
Outro	6(6,0)	1(3,8)	5(6,8)	
Fluidoterapia	1(1,0)	0(0,0)	1(1,4)	
Sem registro	1(1,0)	1	---	
<b>Cruzamento da curva de alerta</b>				0,1152 <sup>d</sup>
Sim	36(36,0)	6(24,0)	30(41,7)	
Não	61(61,0)	19(76,0)	42(58,3)	
Não foi traçada curva	3(3,0)	---	---	
<b>Encaminhamento para hospital</b>				0,4818 <sup>d</sup>
Não	89(89,0)	23(85,2)	66(90,4)	
Sim	11(11,0)	4(14,8)	7(9,6)	

Continua

Tabela 3. Variáveis obstétricas da evolução do trabalho de parto das mulheres assistidas no domicílio, segundo a paridade. Florianópolis, SC, 2005 a 2009.

Variáveis	Total		Multípara		Primípara		Valor de p
	n(%)	100(100,0)	n(%)	27(27,0)	n(%)	73(73,0)	
<b>Tempo dilatação/expulsão (n = 89)</b>							<b>0,0402<sup>c</sup></b>
5 min a 4:59 min	41(46,1)		16(69,6)		25(37,9)		
5 horas a 9:59 min	27(30,3)		3(13,0)		24(36,4)		
10 horas a 14:59 min	16(18,0)		4(17,4)		12(18,2)		
15 horas a 19:59 min	5(5,6)		0(0,0)		5(7,6)		
<b>Distócia funcional<sup>a</sup></b>							
Ausente	70(70,0)		18(66,7)		52(71,2)		0,6582 <sup>d</sup>
Bradissistolia	25(25,0)		7(25,9)		18(24,7)		0,8965 <sup>d</sup>
Hipossistolia	11(11,0)		5(18,5)		6(8,2)		0,0874 <sup>c</sup>
Taquisistolia	1(1,0)		0(0,0)		1(1,4)		1,0000 <sup>c</sup>
Sem registro	1(1,0)		---		---		
<b>Método não-farmacológico para o alívio da dor<sup>b</sup></b>							
Banho de aspersão	59(59,0)		9(33,3)		50(68,5)		<b>0,0015<sup>d</sup></b>
Banho de imersão	57(57,0)		10(37,0)		47(64,4)		<b>0,0142<sup>d</sup></b>
Massagem lombo-sacra	53(53,0)		16(59,3)		37(50,7)		0,4456 <sup>d</sup>
Bola	40(40,0)		6(22,2)		34(46,6)		<b>0,0273<sup>d</sup></b>
Moxa	36(36,0)		9(33,3)		27(37,0)		0,7355 <sup>d</sup>
Floral	30(30,0)		6(22,2)		24(32,9)		0,3020 <sup>d</sup>
Acupressão	28(28,0)		9(33,3)		19(26,0)		0,4701 <sup>d</sup>
Escalda-pés	13(13,0)		3(11,1)		10(13,7)		1,0000 <sup>c</sup>
Bolsa de água quente	13(13,0)		1(3,7)		12(16,4)		0,1765 <sup>c</sup>
Estimulação elétrica transcutânea	11(11,0)		2(7,4)		9(12,3)		0,7224 <sup>c</sup>
Aromaterapia	9(9,0)		2(7,4)		7(9,6)		1,0000 <sup>c</sup>
Outro	7(7,0)		0(0,0)		7(9,6)		0,1846 <sup>c</sup>

<sup>a</sup>Oito mulheres apresentaram duas distocias

<sup>b</sup>Cada mulher recebeu mais de um método

<sup>c</sup>Teste exato de Fisher

<sup>d</sup>Teste qui-quadrado

Tabela 4. Variáveis do parto e do pós-parto imediato das mulheres assistidas no domicílio, segundo a paridade, Florianópolis, SC, 2005 a 2009.

Variáveis	Total n(%)	Múltipara n(%)	Primípara n(%)	Valor de P
<b>Posição de parto</b>	<b>89(89,0)</b>	<b>23(25,8)</b>	<b>66(74,2)</b>	<b>0,0030<sup>a</sup></b>
Cócoras na água	59(66,3)	9(33,3)	50(68,5)	
Cócoras no banquinho	11(12,4)	4(14,8)	7(9,6)	
Genopeitoral	5(5,6)	4(14,8)	1(1,4)	
Cócoras sustentada	5(5,6)	2(7,4)	3(4,1)	
Ajoelhada/sentada na água	4(4,5)	1(3,7)	3(4,1)	
Ajoelhada	2(2,2)	1(3,7)	1(1,4)	
Genupeitoral na água	1(1,1)	0(0,0)	1(1,4)	
Em pé	1(1,1)	1(3,7)	0(0,0)	
De sims	1(1,1)	1(3,7)	0(0,0)	
<b>Variedade de posição</b>				<b>1,0000<sup>d</sup></b>
Occipto-pubis	88(98,9)	23(100,0)	65(98,5)	
Outra	1(1,1)	0(0,0)	1(1,5)	
<b>Local do parto</b>				<b>0,0223</b>
Sala	56(62,9)	10(43,5)	46(69,7)	
Quarto	28(31,5)	13(56,5)	15(22,7)	
Outro	5(5,6)	0(0,0)	5(7,5)	
<b>Rotura das membranas</b>				<b>1,0000<sup>d</sup></b>
Amniorrexe	25(25,0)	6(100,0)	19(95,0)	
Amniotomia	1(1,0)	0(0,0)	1(5,0)	
<b>Cor do líquido amniótico</b>				<b>0,2184<sup>d</sup></b>
Claro	22(22,0)	4(66,7)	18(90,0)	
Líquido meconial	4(4,0)	2(33,3)	2(10,0)	

Tabela 4. Variáveis do parto e do pós-parto imediato das mulheres assistidas no domicílio, segundo a paridade. Florianópolis, SC, 2005 a 2009.

Variáveis	Total n(%)	Multípara n(%)	Primípara n(%)	Valor de P
<b>Condições do períneo</b>	<b>89(89,0)</b>	<b>23(25,8)</b>	<b>66(74,2)</b>	<b>0,4773<sup>d</sup></b>
Sem trauma perineal	24(27,0)	4(12,4)	20(31,3)	
Laceração de 1 <sup>o</sup> grau	62(69,7)	19(82,6)	43(67,2)	
Episiotomia	1(1,1)	0(0,0)	1(1,6)	
Sem registro	2(2,2)	---	---	
<b>Perineorrafia</b>				<b>0,2251<sup>e</sup></b>
Sim	44(49,4)	14(60,9)	30(46,2)	
Não <sup>a</sup>	44(49,4)	9(39,1)	35(53,8)	
Sem registro	1(1,1)	---	---	
<b>Contato pele a pele</b>				<b>0,0689<sup>e</sup></b>
Sim	89(100,0)	23(100,0)	66(100,0)	
<b>Amamentação na 1<sup>a</sup> hora</b>				<b>0,0689<sup>e</sup></b>
Sim	63(70,8)	20(87,0)	43(67,2)	
Não	24(27,0)	3(13,0)	21(32,8)	
Sem registro	2(2,2)	---	---	
<b>Intercorrência no secundamento<sup>b</sup></b>				<b>0,9459<sup>e</sup></b>
Dequitação prolongada	45(50,6)	12(44,4)	33(45,2)	
Nenhuma	37(41,6)	10(37,0)	27(37,0)	<b>0,9963<sup>e</sup></b>
Hipotensão	6(6,7)	1(3,7)	5(6,8)	<b>1,0000<sup>d</sup></b>
Hemorragia	5(5,6)	1(3,7)	4(5,5)	<b>1,0000<sup>d</sup></b>
Síncope	2(2,2)	0(0,0)	2(2,7)	<b>1,0000<sup>d</sup></b>
<b>Medicação no pós-parto</b>				<b>0,0111<sup>e</sup></b>
Nenhuma	74(83,1)	17(63,0)	57(86,4)	<b>0,6869<sup>d</sup></b>
Ocitocina	8(8,9)	3(11,1)	5(7,6)	<b>0,3165<sup>d</sup></b>
Outra <sup>c</sup>	7(7,9)	0(0,0)	5(7,6)	
Sem registro	1(1,1)	---	---	

<sup>a</sup>Dezoito mulheres que tiveram laceração de 1<sup>o</sup> grau não necessitaram de sutura

<sup>b</sup>Nove mulheres tiveram mais de uma intercorrência

<sup>c</sup>Outras medicações: ergotamina, escopolamina VO, carbegolina e fluidoterapia

<sup>d</sup>Teste exato de Fisher

<sup>e</sup>Teste de qui-quadrado

Tabela 5. Variáveis dos recém-nascidos assistidos no domicílio, segundo a paridade. Florianópolis, SC, 2005 a 2009.

Variáveis	Continua			
	Total n(%)	Multipara n(%)	Primipara n(%)	Valor de p
<b>Peso (g) (mediana)</b>	<b>89(89,0)</b>	<b>23(25,8)</b>	<b>66(74,2)</b>	
	3.300 (2.470-4.300)	3.350 (2.700-4.250)	3.288 (2.470-4.300)	0,7396 <sup>b</sup>
<b>Apgar do 1º minuto</b>				
<7	3(3,4)	0(0,0)	3(4,5)	
≥7	86(96,6)	23(100,0)	63(95,5)	0,5656 <sup>c</sup>
<b>Apgar do 5º minuto</b>				
<7	1(1,1)	0(0,0)	1(1,5)	
≥7	88(98,9)	23(100,0)	65(98,5)	1,0000 <sup>c</sup>
<b>Pulsar do cordão umbilical (min)</b>				
Mediana (min-max)	35(3-75)	20(3-44)	15(4-75)	<b>0,0175<sup>c</sup></b>
3 – 10	18(20,2)	5(27,8)	13(29,5)	0,3588 <sup>c</sup>
11 – 20	25(28,1)	5(27,8)	20(45,5)	
21 – 30	8(9,0)	2(11,1)	6(13,6)	
31 – 40	5(5,6)	5(27,8)	0(0,0)	
41 – 50	4(4,5)	1(5,6)	3(6,8)	
> 50	2(2,2)	0(0,0)	2(4,5)	
Sem registro	27(30,3)	---	---	1,0000 <sup>c</sup>
<b>Capurro</b>				
37 a 38 semanas	18(20,2)	5(21,7)	13(19,7)	
39 a 41 semanas	70(78,7)	18(78,3)	52(78,8)	
> 42 semanas	1(1,1)	0(0,0)	1(1,5)	

Tabela 5. Variáveis dos recém-nascidos assistidos no domicílio, segundo a paridade. Florianópolis, SC, 2005 a 2009.

Variáveis	Total n(%)	Múltipara n(%)	Primípara n(%)	Conclusão	
				Primípara n(%)	Valor de p
<b>Perímetro cefálico (cm) (mediana)</b>	<b>89(89,0)</b>	<b>23(25,8)</b>	<b>66(74,2)</b>		
<b>Classificação do recém-nascido</b>	<b>34(32-37)</b>	<b>35 (33-36)</b>	<b>34(32-37)</b>		<b>0,5628<sup>d</sup></b> <b>0,7606<sup>c</sup></b>
PIG	1(1,1)	0(0,0)	1(1,5)		
AIG	81(91,0)	22(95,7)	59(89,4)		
GIG	7(7,9)	1(4,3)	6(9,1)		
<b>Intercorrência até o 15<sup>o</sup> dia<sup>a</sup></b>					
Ictericia pós-parto	39(44,3)	12(44,4)	27(37,0)		<b>0,4972<sup>e</sup></b>
Nenhuma	31(35,2)	7(25,9)	24(32,9)		<b>0,5046<sup>e</sup></b>
Peso < do que esperado no 10 <sup>o</sup> dia	20(22,7)	6(22,2)	14(19,2)		<b>0,7355<sup>e</sup></b>
Peso < do que esperado no 15 <sup>o</sup> dia	2(2,3)	0(0,0)	2(2,7)		<b>1,0000<sup>c</sup></b>
Suspeita de convulsão	1(1,1)	0(0,0)	1(1,4)		<b>1,0000<sup>c</sup></b>
Suspeita de síndrome de down	1(1,1)	0(0,0)	1(1,4)		<b>1,0000<sup>c</sup></b>
Hipoglicemia na 28 <sup>a</sup> hora de vida	1(1,1)	0(0,0)	1(1,4)		<b>1,0000<sup>c</sup></b>

<sup>a</sup>n = 88 recém-nascidos (um transferido com 1 hora de vida), três tiveram duas intercorrências

<sup>b</sup>Teste t de Student

<sup>c</sup>Teste exato de Fisher

<sup>d</sup>Teste de Mann-Whitney

<sup>e</sup>Teste qui-quadrado

4.2 ARTIGO 2 – PARTOS DOMICILIARES PLANEJADOS  
ASSISTIDOS POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS:  
TRANSFERÊNCIAS MATERNAS E NEONATAIS

## **Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais\***

### **Planned home birth assisted by obstetrics nurses: maternal and neonatal transfers**

### **Partos domiciliarios planificados atendidos por enfermeras obstétricas: transferencias maternas y neonatales**

Joyce Green Koettker<sup>1</sup>  
Dra. Odaléa Maria Brüggemann<sup>2</sup>  
Dra. Rozany Mucha Dufloth<sup>3</sup>

**RESUMO:** Estudo exploratório descritivo que objetivou descrever as transferências maternas e neonatais da assistência ao parto domiciliar planejado desenvolvido por enfermeiras obstétricas e o desfecho em âmbito hospitalar. A amostra foi composta por um neonato e por 11 mulheres transferidas e seus recém-nascidos, de janeiro/2005 a dezembro/2009. Os dados foram coletados nos prontuários e na caderneta de saúde e analisados por estatística descritiva. A maioria das mulheres era primípara (63,6%); todas foram transferidas antes do parto; a parada da dilatação cervical e da descida do feto foram as indicações mais frequentes, e 18,2 delas realizaram parto normal no hospital. A única transferência neonatal foi por anomalia congênita. O Apgar do 1º

---

\* Extraído de dissertação “Parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras”, Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

<sup>1</sup>Mestranda do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Santa Catarina SC, Brasil. Endereço: Rodovia Admar Gonzaga 841 apto 917 bloco A, Itacorubi, Florianópolis, SC CEP. 88.034 -000. E-mail: joycegreen@yahoo.com.br. Fone: 48 32067846.

<sup>2</sup> Doutora em Tocoginecologia. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Endereço: Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Campus Universitário - Trindade, Florianópolis/SC, Brasil. CEP 88040-900 E-mail: odalea@ccs.ufsc.br. Fone: 48 96161337 48 96161337.

<sup>3</sup> Doutora em Tocoginecologia. Médica anatomo-patologista e Prof.<sup>a</sup> Adjunta 3. Laboratório de Anatomia Patológica do Hospital e Maternidade Celso Pierro da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Av João Scarparro Neto, 240 apto 18 Bloco 9 Pça cavaleiros. Residencial Avalon. Bairro: Center Sta Genebra Campinas –SP CEP: 13092-804. E-mail: dra.rozany@gmail.com.Fone: 19 -33438421 19-96177488.

e 5º minuto foi  $\geq 7$  em 81,8% dos casos e não houve internação em unidade de terapia intensiva. Esses resultados indicam a segurança do parto domiciliar planejado quando assistido por enfermeira obstétrica, com rigoroso protocolo assistencial e planejamento seguro para transferência.

**DESCRITORES:** Parto domiciliar. Enfermagem obstétrica. Transferência de pacientes.

**ABSTRACT:** A descriptive study which objective was to reveal maternal and neonatal transfers of planned home birth assisted by obstetric nurses, and hospital outcomes. The population was one newborn and 11 women in labor transferred to health centre and their newborns from January 2005 to December 2009. Data were collected from standardized form held by the nurses of Hanami Team and from Health Document of Newborn. Statistics descriptive analysis was done to it. Most women were primiparous (63.6%) and 100.0% were transferred before delivery. The main reasons for transfer were slow progress of the first or of the second stage of labour. 18.2% underwent to normal birth in hospital. The only newborn transfer was due to congenital anomalies. Apgar score  $\geq 7$  at one and five minute was received by 81.8% and there were no admission in the neonatal intensive care unit. These results point out that planned home birth is safe, when assisted by obstetric nurse, with rigorous eligibility requirements and with a transportation and safe referral system.

**KEY WORDS:** Home childbirth. Obstetrical nursing. Patient transfer.

**RESUMEN:** Este estudio exploratorio descriptivo tuvo como objetivo describir las transferencias maternas y neonatales relacionadas con la atención al parto domiciliar planificado realizado por enfermeras obstétricas, y el resultado final en el hospital. La muestra está compuesta por un neonato y 11 mujeres transferidas entre enero de 2005 a diciembre de 2009, y sus recién nacidos. Los datos fueron recogidos de las historias clínicas y del registro de salud y se analizaron mediante estadística descriptiva. La mayoría de las mujeres eran primíparas (63,6%), todos fueron trasladadas antes del parto, y la detención de la dilatación del cuello uterino y el descenso del feto son las indicaciones más frecuentes, y 18,2% de ellas hicieron un parto normal. La única transferencia neonatal fue por una anomalía congénita. El puntaje de Apgar de 1º y 5º minutos es de  $\geq 7$  en el 81,8% de los casos y sin internación en la unidad de cuidados intensivos. Estos resultados indican la seguridad de los partos domiciliarios planeados cuando la asistencia

es hecha por enfermeras obstétricas, con un estricto protocolo y con planificación seguro de las transferencias.

**DESCRIPTORES:** Partos domiciliarios. Enfermería obstétrica. Transferencia de pacientes.

## INTRODUÇÃO

O maior estudo sobre a segurança do parto domiciliar comparado ao hospitalar, realizado nos Países Baixos com 529.688 mulheres de gestação de baixo risco, apontou que o parto domiciliar não aumenta o risco de mortalidade e morbidade perinatal e de encaminhamentos de Recém-Nascidos (RNs) para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)<sup>(1)</sup>. Outros estudos também divulgaram resultados semelhantes<sup>(2-5)</sup>. A taxa de transferência materna para uma instituição de saúde oscila de 10,0% a 30,6%, e a neonatal de 0,2% a 3,4%<sup>(5-12)</sup>.

Todos esses indicadores procedem de estudos internacionais, uma vez que não foram publicados, até agora, dados quantitativos nacionais sobre os resultados maternos e neonatais decorrentes de partos domiciliares planejados.

No Brasil, praticamente todos os partos acontecem em ambiente hospitalar, totalizando 96,9% no ano de 2007<sup>(12)</sup>, no qual o médico detém a hegemonia da assistência obstétrica. Em contrapartida, a taxa de atendimento ao parto domiciliar é pequena, concentrada na Região Norte do Brasil, com 7,5% do total dos partos, enquanto na Região Sul essa taxa foi de 0,2% no ano de 2006<sup>(13)</sup>. Entretanto, nesta região, mais especificamente na cidade de Florianópolis/SC, embora incipiente, observa-se um aumento gradativo no número de nascimentos no domicílio, que aumentou de cinco no ano de 2004, para 42 em 2007, segundo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos<sup>(14)</sup>.

O atendimento ao parto domiciliar planejado por enfermeiras generalistas e especialistas em obstetrícia que atuam de forma autônoma e integram a Equipe Hanami - o florescer da vida - parto domiciliar planejado, desde 2006, pode ter contribuído para esse incremento. A equipe conta com a participação de médicos obstetras, que acompanham o pré-natal da maioria das gestantes e no caso da transferência recebem as mulheres em instituições de saúde<sup>(15)</sup>. Diante desse contexto, o objetivo desta pesquisa foi descrever a taxa e as causas de transferências maternas e neonatais decorrentes da assistência ao parto domiciliar planejado por enfermeiras obstétricas, assim como o desfecho do nascimento em âmbito hospitalar.

Os resultados deste estudo podem contribuir para aprimorar a assistência ao parto domiciliar planejado e direcionar a avaliação clínica para determinadas ocorrências e para o planejamento de um sistema de referência hospitalar para as transferências maternas e neonatais, uma vez que no Brasil não há um sistema organizado para tal procedimento.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa, envolvendo 100 mulheres, realizado a partir de um estudo transversal mais amplo que objetivou avaliar os resultados da assistência obstétrica e neonatal do trabalho de parto, parto e puerpério imediato domiciliares planejados, assistidos por enfermeiras obstétricas<sup>(16)</sup>, de janeiro de 2005 a dezembro de 2009. Destas a amostra do presente estudo foi composta por um RN e 11 mulheres que foram transferidas para uma instituição de saúde durante o atendimento ao parto domiciliar planejado e por seus RNs.

As mulheres e os RNs foram selecionados com base nos prontuários domiciliares preenchidos e arquivados pelas enfermeiras obstétricas.

O atendimento da Equipe Hanami ao parto domiciliar planejado contempla atividades que são iniciadas no pré-natal e se estendem no parto e no pós-parto, até o 10º dia. É autônomo e privado prestado mediante pagamento de honorários. As gestantes que se enquadram no protocolo de atendimento iniciam o pré-natal no domicílio com 37 semanas de gestação e são atendidas semanalmente até o parto. Na primeira consulta são abordados alguns aspectos sobre essa modalidade de atendimento, como, por exemplo qual a instituição de saúde será a referência, em caso de transferência, e se o médico do pré-natal será chamado para atendê-la na Instituição. Portanto, diante da indicação de encaminhamento materno ou neonatal, essas decisões são respeitadas pela equipe. Primeiramente é realizado um contato telefônico, pela enfermeira obstétrica que está atendendo no domicílio com o médico do pré-natal da mulher e com a instituição de saúde. A mulher ou o RN são transportados em um dos carros das enfermeiras, com todo o material para o atendimento de suporte básico de vida, para a segurança do binômio, até a chegada à instituição de saúde<sup>(15)</sup>.

As puérperas e os RNs transferidos para a instituição continuam sendo assistidos, no puerpério, pelas mesmas enfermeiras que os atenderam no domicílio. A 1ª consulta ocorre no ambiente hospitalar, e as subsequentes no domicílio, no 3º, 4º e 10º dia pós-parto. A visita do 15º dia é necessária quando o RN não atingiu o peso do nascimento até

o 10º dia de vida. Nessas consultas a família recebe orientações quanto à amamentação, realização do teste do pezinho e da Emissão Otoacústica Evocada ou conhecido como “teste da orelhinha”, assim como as vacinas recomendadas pelo Ministério da Saúde<sup>(15)</sup>.

As variáveis avaliadas neste estudo foram: sociodemográficas e obstétricas da gestação; obstétricas do trabalho de parto; do atendimento institucional das mulheres transferidas; dos RNs das mulheres transferidas. Todas as variáveis foram mensuradas e registradas pelas enfermeiras da equipe, durante o atendimento prestado.

Para a coleta de dados das mulheres foi utilizado um formulário padronizado, preenchido com base nos registros dos prontuários, e os dados dos RNs foram obtidos através dos registros da caderneta de saúde. Os dados foram digitados no programa EPI INFO – versão 2008 e analisados por estatística descritiva (frequência e percentagem).

A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões da Resolução nº 196/96<sup>(17)</sup> e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina. A autorização para utilizar os dados foi obtida mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; a localização das mulheres para a assinatura do Termo foi realizada mediante exaustiva busca por contato telefônico e carta.

## **RESULTADOS**

As 11 mulheres estudadas foram encaminhadas para uma instituição de saúde, durante o trabalho de parto, e o único RN transferido para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) foi por apresentar doença congênita diagnosticada como epidermólise bolhosa, doença que não foi diagnosticada no exame de ultrassonografia, o que exigiu sua transferência com uma hora de vida.

A idade mediana das mulheres foi de 31 anos (23-38), a maioria de 35 anos ou mais (36,3%), casada ou em união estável (90,9%), havia concluído o ensino superior (54,5%) e realizava atividade remunerada (63,6%). Em relação aos dados obstétricos, 63,6% eram primíparas, 81,8% realizaram seis ou mais consultas de pré-natal com o médico obstetra; todas iniciaram o pré-natal com as enfermeiras antes da 38ª semana de gestação; a maioria delas realizou menos de seis consultas de pré-natal (72,7%) com essa profissional. Do total de múltiparas (4), somente uma tivera parto domiciliar anterior (9,1%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e obstétricas das mulheres transferidas – Florianópolis – janeiro de 2005 a dezembro de 2009 (n = 11)

<b>Variáveis</b>	f	%
<b>Idade em anos</b>		
20-24	2	18,2
25-29	2	18,2
30-34	3	27,3
35-39	4	36,3
<b>Estado marital</b>		
União estável/casada	10	90,9
Solteira	1	9,1
<b>Escolaridade</b>		
Ensino médio completo	1	9,1
Ensino superior incompleto	4	36,4
Ensino superior completo	6	54,5
<b>Ocupação</b>		
Atividade remunerada	7	63,6
Estudante	2	18,2
Do lar	2	18,2
<b>Paridade</b>		
Primípara	7	63,6
Múltipara	4	36,4
<b>Parto anterior ao domiciliar atual (n=5)</b>		
Vaginais	2	40,0
Cesariana	3	60,0
<b>Local dos partos anteriores (n=5)</b>		
Hospital	3	60,0
Domicílio	1	20,0
Centro de parto normal	1	20,0
<b>Consultas de pré-natal com o médico</b>		
≥ seis consultas	9	81,8
Sem registro	2	18,2
<b>Início do pré-natal com a enfermeira (IG/DUM)*</b>		
< de 38 semanas	11	100,0
<b>Consultas de pré-natal com as enfermeiras</b>		
< seis consultas	1	9,1
≥ seis consultas	2	18,2
Sem registro		

\* Idade gestacional calculada pela Data da Última Menstruação (DUM).

Quanto aos dados do trabalho de parto no domicílio, a maioria das mulheres apresentava idade gestacional  $\geq$  a 38 semanas (90,9%), apagamento médio do colo (63,6%) e dilatação cervical  $\leq$  3cm (72,7%)

e sem alteração nos batimentos cardíacos fetais (81,8%). No entanto, em 72,7% delas o traçado da evolução do trabalho de parto, registrado no partograma, cruzou a curva de alerta; 45,5% apresentaram bradissistolia. No momento da transferência para a instituição, 90,9% das parturientes tinham membranas rotas, no entanto, 27,3% foram submetidas a amniotomia durante o trabalho de parto, uma delas com líquido meconial (9,1%). A parada da dilatação do colo e da progressão da descida do feto foram as indicações mais frequentes de encaminhamento (18,2% respectivamente) (Tabela 2).

Tabela 2 - Variáveis obstétricas do trabalho de parto das mulheres transferidas – Florianópolis – janeiro de 2005 a dezembro de 2009 (n = 11)

<b>Variáveis</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Idade gestacional (USG)</b>		
≥ 38 semanas	10	90,9
Sem registro	1	9,1
<b>Apagamento do colo na 1ª avaliação</b>		
Fino	1	9,1
Médio	7	63,6
Grosso-médio	2	18,2
Sem registro	1	9,1
<b>Dilatação do colo uterino na 1ª avaliação</b>		
≤ 3 (cm)	8	72,7
≥ 4 (cm)	2	18,2
Sem registro	1	9,1
<b>Batimentos cardíacos do feto</b>		
Sem alteração	9	81,8
Bradycardia leve	1	9,1
Sem registro	1	9,1
<b>Cruzamento da curva de alerta do partograma</b>		
Sim	8	72,7
Não foi traçada curva	3	27,3
<b>Distocia funcional</b>		
Ausente	5	45,5
Bradissistolia	5	45,5
Sem registro	1	9,0
<b>Rompimento de bolsa</b>		
Amniorrex	5	45,5
Amniotomia	3	27,3
Interrogado	2	18,2
Sem registro	1	9,1
<b>Membranas no encaminhamento</b>		
Rotas	10	90,9
Sem registro	1	9,1
<b>Cor do líquido amniótico</b>		
Claro	9	81,8
Mecônio	1	9,1
Sem registro	1	9,1
<b>Indicação de encaminhamento</b>		
Parada de progressão da descida do feto	2	18,2
Parada da dilatação cervical	2	18,2
Solicitação de analgesia pela parturiente	1	9,1
Desproporção céfalo-pélvica	1	9,1
Exaustão materna e necessidade de analgesia	1	9,1
Assinclitismo	1	9,1
Mecônio e parada da dilatação cervical	1	9,1
Bolsa rota > de 16 horas sem trabalho de parto	1	9,1
Procedência membro	1	9,1

Com relação ao parto na instituição, 63,7% foram transferidas para clínica privada, 54,5% chamaram o médico do pré-natal, 18,2% realizaram parto vaginal com analgesia e 81,8% cesariana. Das quatro múltiparas, três tinham cesárea prévia há dois anos ou mais e todas foram submetidas novamente ao procedimento. (Tabela 3).

Tabela 3 - Variáveis do atendimento institucional das mulheres transferidas – Florianópolis – janeiro de 2005 a dezembro de 2009 (n = 11)

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Instituição de saúde</b>		
Clínica (convênio ou particular)	7	63,7
Hospital público (SUS)	4	36,3
<b>Profissional que prestou atendimento</b>		
Médico obstetra particular	6	54,5
Médico obstetra plantonista	3	27,3
Residente	2	18,2
<b>Tipo de parto na instituição</b>		
Cesárea	9	81,8
Vaginal com analgesia	1	9,1
Vaginal com fórceps e analgesia	1	9,1

Quanto aos resultados neonatais, a maioria dos RNs pesou entre 3500 e 3999 gramas (36,4%); 81,8% obtiveram escore de Apgar  $\geq 7$ , no 1º minuto e no 5º minuto. Quanto à idade gestacional calculada pelo Capurro, 72,8% foram classificados entre 39 semanas e 41 semanas e 6 dias. Com relação à classificação (peso x idade gestacional), a maioria foi classificada como Adequada para a Idade Gestacional (AIG) (63,6%). O Perímetro Cefálico (PC) mais frequente foi 36 cm (36,4%). Das intercorrências que acometeram os RNs até o 15º dia de vida, a icterícia foi a mais comum (35,7%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Variáveis dos recém-nascidos das mulheres transferidas – Florianópolis – janeiro de 2005 a dezembro de 2009 (n = 11)

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Peso (gramas)</b>		
3.000 – 3.499	3	27,3
3.500 – 3.999	4	36,4
≥ a 4.000	2	18,2
Sem registro	2	18,2
<b>Apgar do 1º minuto</b>		
≥ 7	9	81,8
Sem registro	2	18,2
<b>Apgar do 5º minuto</b>		
≥ 7	9	81,8
Sem registro	2	18,2
<b>Capurro</b>		
37 a 38 semanas	1	9,1
39 a 41 semanas	8	72,8
Sem registro	2	18,2
<b>Classificação</b>		
Adequado para a idade gestacional	7	63,6
Grande para a idade gestacional	2	18,2
Sem registro	2	18,2
<b>Perímetro cefálico (cm)</b>		
32	1	9,1
34	1	9,1
35	2	18,2
36	4	36,4
Sem registro	3	27,3
<b>Intercorrência até o 15º dia*</b>		
Nenhuma	3	21,4
Icterícia	5	35,7
Peso no 10º dia inferior ao nascimento	4	28,6
Sem registro	2	14,3

\* Três recém-nascidos tiveram mais de uma intercorrência.

No puerpério imediato, a maioria das mulheres teve de 4 a 5 (63,7%) consultas puerperais e a turgidez mamária foi a intercorrência mais frequente nesse período (54,5%), seguida pela fissura mamilar (36,4%) e ingurgitamento mamário (36,4%).

## DISCUSSÃO

A transferência do único RN não teve relação com o local de escolha para o parto nem com intercorrência obstétrica ou fetal, foi

determinada por anomalia congênita. Esse resultado é discrepante dos achados de alguns estudos em que a maior causa de transferência neonatal foi o desconforto respiratório<sup>(5,9)</sup>. A transferência por malformação não é mensurada na taxa de alguns estudos<sup>(5-6)</sup>. Por outro lado, mesmo não excluindo esse tipo de indicação, a porcentagem de transferência neonatal continua dentro da evidenciada na literatura internacional, de 0,2% a 3,4%<sup>(1,5-11)</sup>.

A maioria das mulheres teve apenas uma indicação de transferência, exclusivamente por intercorrências maternas no período de dilatação e não por alteração do bem-estar fetal, resultado que difere de outros estudos em que a situação fetal não tranquilizadora foi um dos motivos de transferência<sup>(2,6)</sup>. Isto pode ser decorrente da assistência prestada pelas enfermeiras que está ancorada nas evidências científicas, evitando intervenções desnecessárias e estimulando práticas benéficas, entre elas a livre movimentação, deambulação e alimentação durante todo o trabalho de parto.

As principais causas de encaminhamento das mulheres foram a parada da progressão da dilatação do colo uterino e da descida do feto, semelhantes às apontadas em diversos estudos<sup>(5,9,18,20,22)</sup>. O rompimento prolongado das membranas<sup>(9)</sup>, assim como a exaustão materna e necessidade de medicação para alívio da dor<sup>(5)</sup>, também são indicações de encaminhamentos relatados por outros autores, e que ocorreram em menor proporção no presente estudo.

A taxa de transferência materna encontrada no presente estudo foi consideravelmente menor do que a encontrada na maioria das pesquisas realizadas nos Estados Unidos, Austrália, Holanda, Canadá e Suíça, com amostras superiores à estudada, que variou de 10,0% a 30,6%<sup>(2-11,18)</sup>. Todas as transferências ocorreram no primeiro período clínico do parto. Esses dados são semelhantes aos de outras pesquisas, em que essa taxa variou de 73,6% a 83,4%<sup>(5-8)</sup>. No entanto, os estudos revelam que também ocorrem transferências no segundo período clínico do parto (12,5% a 16,0%)<sup>(4,7)</sup> e no pós-parto (1,3 a 9,3%)<sup>(4-7)</sup>, o que não foi evidenciado no presente estudo. Esse resultado pode ser decorrente da inexistência de um sistema formal de referência e contrarreferência para esse tipo de assistência no Brasil, o que determina encaminhamento precoce para minimizar os possíveis riscos maternos e fetais.

Considerando que a maioria das mulheres assistidas no domicílio pelas enfermeiras era primigesta<sup>(16)</sup>, o número de primiparturientes transferidas pode ser considerado reduzido, uma vez que a taxa de encaminhamento é mais frequente nesse grupo de mulheres, como apontam os estudos internacionais<sup>(2,4-5,8,11,19)</sup>. Convém

salientar que a taxa de transferência em nulíparas é praticamente quatro vezes mais alta do que em múltiparas<sup>(4-5,20)</sup>.

Embora não tenha sido estatisticamente possível determinar associação entre as variáveis envolvidas no desfecho estudado, chama atenção o elevado número de mulheres que solicitaram o início do atendimento domiciliar ainda na fase latente, o que pode ter influenciado negativamente a evolução do trabalho de parto o cruzamento da curva de alerta do partograma, com a conseqüente realização de cesariana. Esse achado é similar ao atendimento hospitalar, no qual a razão de prevalência de cesariana é maior nas mulheres internadas com dilatação < 3cm<sup>(21)</sup>.

Do total de mulheres assistidas no domicílio, que originou a amostra do presente estudo, apenas 9,0% foram submetidas a cesariana<sup>(16)</sup>. Essa taxa está abaixo da recomendada pela Organização Mundial da Saúde que é de 15%<sup>(23)</sup> e está de acordo com a encontrada na maioria das pesquisas que apresenta porcentagens entre 3,7 % a 28,5%<sup>(2-6,9-10)</sup>, sendo mais frequente entre as nulíparas<sup>(3-5,20)</sup>. Ao analisar as mulheres transferidas, observa-se que nem todas foram submetidas a cesariana, entretanto das que foram possuíam características sociodemográficas semelhantes às assistidas em ambiente hospitalar e submetidas ao mesmo procedimento cirúrgico. Estudo transversal realizado em três capitais brasileiras revelou que a taxa de parto operatório encontra-se mais elevada nas mulheres com idade mais avançada, na qual a razão de prevalência de realizar cesariana entre mulheres de 35 anos é o dobro da observada entre menores de 20 anos; além disso, a união estável, o alto nível de escolaridade e o elevado número de consultas de pré-natal também estão associados com essa prática<sup>(24)</sup>.

Cabe destacar que de todas as múltiparas assistidas no domicílio<sup>(16)</sup>, oito vinham de cesariana prévia, no entanto, apenas três delas foram encaminhadas e novamente submetidas a esse procedimento. Em ambiente hospitalar, ter uma cesariana prévia parece ser determinante para repeti-la. De maneira geral, pode-se considerar esse resultado positivo, uma vez que a literatura indica que uma cesariana prévia pode aumentar em até 5 vezes a chance de repetir o procedimento em próxima gestação, quando comparada às mulheres com história de parto vaginal anterior<sup>(24)</sup>.

Com relação aos resultados dos RNs das mães transferidas para a instituição, praticamente metade deles apresentou o perímetro cefálico acima da medida esperada, que é de aproximadamente 33,5cm<sup>(25)</sup>.

Com base nos demais resultados neonatais, que permaneceram

dentro dos padrões normais, pode-se inferir que a necessidade de transferência da parturiente não interferiu negativamente no bem-estar do RN, e conseqüentemente não houve nenhum encaminhamento para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Esse achado é congruente com estudo realizado na Austrália que aborda a taxa de RNs encaminhados para a UTIN após transferência materna<sup>(7)</sup>.

A opção da maioria das mulheres por ser transferida para uma clínica de saúde privada e ser atendida pelo médico do pré-natal pode ser atribuída ao poder aquisitivo da amostra estudada, uma vez que a maioria tem ocupação remunerada e elevado nível de escolaridade, assim como pela relação de confiança entre a parturiente e o profissional. Além disso, embora não investigado, acredita-se que essa escolha também seja determinada pelo medo de sofrer qualquer forma de preconceito ou discriminação por parte dos profissionais de saúde que fazem restrições ao parto domiciliar planejado.

Mesmo sendo transferidas para instituições de saúde, as mulheres foram acompanhadas no puerpério imediato, no hospital e no domicílio, pelas enfermeiras da Equipe Hanami. Esse acompanhamento possibilitou estimular a amamentação precoce e auxiliar nos cuidados mãe e bebê, além de identificar que as intercorrências apresentadas por elas são semelhantes às das puérperas que pariram no domicílio<sup>(16)</sup>.

O estudo foi composto por pequena amostra de mulheres, o que impossibilitou a realização de testes estatísticos para verificar associações ou identificar variáveis preditoras. Como faltam dados quantitativos acerca da assistência domiciliar no Brasil, a maioria dos achados foi comparada com os da literatura internacional. De maneira geral, as características sociodemográficas e obstétricas das mulheres, a taxa e as indicações de encaminhamento materno e neonatal, a taxa de cesariana e a morbidade do binômio foram similares.

## **CONCLUSÃO**

Os resultados deste estudo mostram que o parto domiciliar é seguro quando planejado e assistido por enfermeiras obstétricas, mesmo quando é indicada a transferência materna ou neonatal para o âmbito hospitalar, uma vez que é realizada de forma cuidadosa pelas próprias enfermeiras, mediante contato telefônico com a instituição de saúde, escolhida previamente pela mulher durante o pré-natal domiciliar.

Destaca-se a baixa a taxa de transferência materna, restrita exclusivamente ao primeiro período clínico do parto e, devido a intercorrências maternas. Assim como a reduzida taxa de cesariana da amostra total (100 mulheres), da qual esse estudo se originou, e a ainda

a realização de parto normal mesmo após a transferência para instituição de saúde.

A porcentagem de transferência neonatal está dentro dos parâmetros indicados nos estudos internacionais e se relaciona estritamente com a presença de anomalia congênita, ou seja, não está relacionada com intercorrências no trabalho de parto ou no parto.

Os desfechos neonatais no hospital evidenciam que as transferências realizadas de forma cautelosa contribuem para o bem-estar do RN, o que é evidenciado pelo alto valor de escore de Apgar e por prescindir de internação em UTIN.

O início da assistência domiciliar à mulher com dilatação cervical  $\leq 3$  cm e sua possível associação com a necessidade de transferência materna e com a taxa de cesariana, precisa ser melhor investigada em outras pesquisas com amostragem maior.

Também é recomendada a realização de estudos qualitativos para conhecer como as mulheres são recebidas pelos profissionais nas instituições de saúde após iniciarem um atendimento no domicílio e compreender porque elas optam por serem atendidas pelo seu obstetra do pré-natal em uma instituição privada.

Os desfechos maternos e neonatais são positivos e similares aos de países em que essa prática é realizada por *midwives* e integrada ao sistema de saúde. Dessa forma, os resultados do estudo podem contribuir para que essa prática seja reconhecida não só pela clientela interessada, mas também pelos profissionais de saúde que ainda possuem resistência sobre o domicílio como local de nascimento.

## REFERÊNCIAS

1. Jonge A, Goes VD, Ravelli ACJ, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low risk planned home and hospital births. *BJOG*. 2009; 116(9):1177-184.
2. Ackermann-Lieblich U, Voegeli T, Gunter-Witt K, Kunz I, Zullig M, Schindler C, et al. Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcomes. *BMJ*. 1996; 313:1313-1318.
3. Janssen PA, Saxel L, Page E L, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ*. 2009; 181(6-7):377-383.
4. Hutton EK, Reirisma AH, Kaufman K. Outcomes associated with

planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canadá, 2003-2006: a retrospective cohort study. *Birth*. 2009; 36(3):180-189.

5. Johnson K.C., Daviss B.A. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ on line*. 2005;330.

6. Janssen PA, Lee SK, Ryan EM, Etches DJ, Farquharson DF, Peacock D, et al. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of Midwifery in British Columbia. *CMAJ*. 2002; 166(3):315-323.

7. Woodcock HC, Read AW, Bower C, Stanley FJ, Moore DJ. A matched cohort study of planned home and hospital births in Western Austrália 1981-1987. *Midwifery*. 1994; 10(3):125-135.

8. Amerlink-Verburg MP, Verloove-Vanhorick SP, Hakkenberg RMA, Veldhuijzen IME, Gravenhorst JB, Buitendijk SE. Evaluation of 280,000 cases in Dutch midwifery practices: a descriptive study. *BJOG*. 2008; 115:570 -578.

9. Mcmurtrie J, Catling-Paul C, Teate A, Caplice S, Chapman M, Homer C. The St. George homebirth program: an evaluation of the first 100 booked women. *The Royal Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2009; 49(6):631-636.

10. Kennare RM, Keirse MJNC, Tucker GR, Chan AC. Planned home and hospital births in South Australia, 1991-2006: differences in outcomes. *MJA*. 2009; 192(2):76-80.

11. Wax JR, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn morbidity by birth facility among selected United States 2006 low-risk births. *AJOG*. 2010; 152:e1-e5.

12. Brasil. IBGE. Estatísticas do Registro Civil 2007 [internet]. [cited 2010 Ago 15]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2007/default.shtm>

13. Ministério da Saúde. PNDS 2006. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher. Relatório. Brasília: MS; 2008.

14. Datasus. Sistema de informações sobre Nascidos-Vivos SINASC. [internet]. [cited 2010 Abr 7]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsc.def>

15. Burigo RA, Feyer ISS, organizadoras. O florescer da vida: parto domiciliar planejado - orientações para gestação, parto e pós-parto. Florianópolis: Lagoa; 2009.
16. Koettker JG. Parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.
17. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(15-25).
18. Parrat J, Johnston J. Planned homebirths in Victoria, 1995-1998. *Australian journal of midwifery: professional journal of the Australian College of midwives Incorporated*. 2002;15(2):16-22.
19. Anthony S, Buitendij SE, Offerhaus PM, Dommelen PV, Bruin KMP. Maternal factors and the probability of a planned home birth. *BJOG*. 2005; 112:748-753.
20. Wiegers TA, Keirse MJNC, Zee JVD, Berghs GAH. Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in the Netherlands. *BMJ*. 1996; 313:1309-1313.
21. Sakae TM, Freitas PF, Dórsi E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43(3):472-80.
22. Lindgren HE, Radestad IJ, Christensson N K, Hildingsson IM. Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population-based register study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2008; 87(7):751-759.
23. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996.
24. Padua KS, Osis MJD, Faundes A, Barbosa AH, Filho OBM. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. *Rev. Saúde Pública*. 2010; 44(1):70-79.
25. Oliveira ME, Monticelli M, Bruggemann OM, organizadoras. *Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais*. 2a ed. Florianópolis: Cidade Futura; 2007.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do presente estudo, pode-se inferir que os resultados obstétricos e neonatais dos partos planejados assistidos por enfermeiras obstétricas que compõem a Equipe Hanami indicam que esse tipo de atendimento é seguro, uma vez que as taxas de intervenções obstétricas, de transferência da parturiente ou do RN, de morbidades puerperais e neonatais são semelhantes às pesquisas realizadas em países em que essa prática, desenvolvida pelas *midwives*, é respeitada e reconhecida pelo sistema de saúde.

Como pesquisadora e enfermeira obstétrica integrante da Equipe Hanami, assistindo partos domiciliares planejados, tenho observado os vários benefícios deste local parturitivo, entre esses a pouca ou nenhuma intervenção, a possibilidade de ter mais de um acompanhante no parto e poder contar com o atendimento de profissionais que acreditam no poder parturitivo da mulher e na fisiologia do nascimento. Além disso, garante a privacidade da mulher no aconchego do ambiente domiciliar, favorece a realização do contato pele a pele precoce e contínuo com o RN e a amamentação logo depois do parto. A maioria das mulheres que optam pelo parto domiciliar possuem uma percepção corporal bastante intensa, participam ativamente do trabalho de parto e parto, ao mesmo tempo denota-se que o *modus vivendi* é diretamente conectado com a natureza. Elas também participam de redes de discussão, realizam leituras sobre a fisiologia do processo e compartilham com a Equipe os medos, as ansiedades, certezas e incertezas que envolvem a responsabilidade da sua escolha.

Nos últimos anos observa-se um aumento gradativo dessa prática, em especial por enfermeiras obstétricas, no entanto, causou-me estranheza a lacuna de conhecimento sobre indicadores da assistência ao parto domiciliar planejados no cenário nacional. Portanto, tornava-se imprescindível a divulgação científica, no meio acadêmico e assistencial, desse tipo de assistência, já comprovadamente benéfica nas evidências científicas internacionais.

As mulheres estudadas planejam, durante o pré-natal, o parto domiciliar, pertencem à faixa etária considerada de baixo risco reprodutivo, possuem elevado grau de escolaridade e situação conjugal estável e compartilham essa escolha com o companheiro, que também apresenta alto nível de escolaridade. Esse é o acompanhante mais frequente, mas algumas mulheres optam por ter mais de uma pessoa de sua rede social durante o trabalho de parto, inclusive com a presença dos

outros filhos. Desta forma há uma integração familiar, que pode favorecer a interação precoce entre os irmãos.

A primiparidade é uma característica marcante na amostra, diferente da realidade de outros países, nos quais as multíparas são as que mais escolhem parir no domicílio. Entretanto, ao comparar as características sociodemográficas e os desfechos obstétricos e neonatais com a paridade, observa-se que não há diferença estatisticamente significativa na maioria das variáveis estudadas. Esse achado permite inferir que a paridade não é uma característica obstétrica que pode inviabilizar a assistência no domicílio.

A diversidade de métodos não farmacológicos utilizada pelas enfermeiras demonstra uma preocupação em promover o conforto e minimizar a dor das parturientes. Inclusive pode-se dizer que os métodos utilizados trouxeram alívio, uma vez que somente uma mulher solicitou transferência para instituição de saúde onde receberia analgesia de parto.

Os resultados neonatais positivos dos RNs assistidos no domicílio podem ter decorrido da adoção de práticas benéficas e da ausência de intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto. O contato pele a pele e o alto índice de amamentação na 1ª hora de vida demonstram o respeito à adaptação lenta do RN ao ambiente extrauterino.

As transferências das parturientes não interferem negativamente no bem-estar neonatal, uma vez que os RNs nascidos no hospital apresentam alto escore de Apgar e não necessitam de internação em UTIN.

As características das mulheres transferidas, como: paridade, idade, escolaridade e as causas das transferências são similares às descritas na literatura; porém, neste estudo todas estavam no período de dilatação.

O reduzido número de transferências maternas não permite verificar se o início do atendimento com a dilatação cervical  $\leq 3$  cm é variável preditora, daí a sugestão de estudos analíticos prospectivos com maior amostragem para avaliar eventual associação. Também é relevante investigar a elevada ocorrência de dequitação prolongada e de icterícia no neonato.

Além disso, aponta-se a necessidade de realizar pesquisas qualitativas para conhecer como as mulheres transferidas são recebidas pelos profissionais nas instituições de saúde, após iniciarem um atendimento domiciliar, e compreender por que elas optam pela assistência em instituição privada com o médico do pré-natal.

O presente estudo tem limitações, já esperadas nos estudos

retrospectivos, uma vez que não havia registro de alguns dados nos prontuários arquivados. A amostra reduzida não possibilitou que algumas hipóteses fossem testadas, determinando a apresentação descritiva das variáveis do segundo artigo. Além disso, deve-se considerar que existe um potencial viés, uma vez que foram partos de mulheres que optaram pelo domicílio por acreditarem no seu poder parturitivo e desejarem uma assistência não intervencionista. Também destaca-se a dificuldade na discussão dos resultados por não ser possível a interlocução com indicadores brasileiros.

Realizar uma avaliação sobre a prática assistencial desenvolvida requereu um “distanciamento” pessoal e o aperfeiçoamento do olhar investigativo, para que os dados fossem analisados e discutidos com o rigor necessário, afastando possível viés interpretativo. No entanto, é inegável que a construção desse conhecimento, que contribuirá para o preenchimento de uma lacuna na literatura nacional, também foi motivo de realização pessoal e profissional.

Este estudo poderá estimular a realização de outras investigações com abordagem quantitativa sobre o tema, o que, conseqüentemente, contribuirá para o fortalecimento desse tipo de assistência por enfermeiras obstétricas, de forma autônoma, fora do ambiente hospitalar.



## REFERÊNCIAS

ACKERMANN-LIEBRICH U. et al. Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcomes. **BMJ**, v. 313, p. 1313-1318, nov.1996.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR/ANS. **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

ALEXANDER, G.R. et al. United States National reference for fetal growth. **Obstetrics & Gynecology**, v. 87, n.2, p.163-8, 1996.

AMERLINK-VERBURG, M.P. et al. Evaluation of 280,000 cases in Dutch midwifery practices: a descriptive study. **BJOG**, Leiden, v. 115, p. 570 -578, 2008.

BANG, R.A. et al. Maternal morbidity during labour and the puerperium in rural homes and the need for medical attention: a prospective observational study in Gadchiroli, Índia. **BJOG**, v. 111, n. 3, p. 231-238, 2004.

BLIX, E.; OIAN, P.; KUMLE, M. Outcomes after planned births. **Tidsskr Nor Laegeforen**, v.128, n. 21, p. 2436-2439, nov. 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Bioética, n. 4, p.15-25, 1996.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. 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, 2003.

\_\_\_\_\_. Lei 11.108 de 07 abril de 2005. Garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 2005.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM 2.815 de 29 de maio de 1998. Inclui na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) o Grupo de Procedimento e os Procedimento abaixo relacionados, já incorporados aos valores o fator de recomposição de 25% previsto na PT/MS/GM 2.277/95. 35.150.01-7 - Parto Normal Sem Distocia Realizado Por Enfermeiro Obstetra. 35.080.01.9 - Parto Normal Sem Distocia Realizado Por Enfermeiro Obstetra. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mai. 1998.

\_\_\_\_\_. **IBGE Estatísticas do Registro Civil 2007**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2007/default.shtm>>. Acesso em: 15 ago. 2010.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. In: CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – SC. 7.ed. Florianópolis: COREN, 2008. p.53.

\_\_\_\_\_. **PNDS 2006**. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher. Relatório. Brasília: MS, 2008.

BRIGHTON HOMEBIRTH SUPPORT GROUP. **Homebirth in the UK.** 2002 Midwifery Today. Disponível em: <<http://www.midwiferytoday.com/articles/homebirthuk.asp>>. Acesso em: 13 mai. 2009.

BRENTLINGER, P.E. et al. Pregnancy outcomes, site of delivery, and community schisms in regions affected by the armed conflict in Chiapas, México. **Social Science and Medicine**, v.61, n. 5, p. 1001-1014. 2005.

BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p. 1316-1327, set./out. 2005.

BRÜGGEMANN, O.M.; KNOBEL, R.; SIEBERT, E.R.S. et al. Vertical-position births at a University Hospital: a time-series study, 1996 to 2005. **Brazilian Journal of Mother and Child Health**, Recife, v. 9, n. 2, p.189-196, abr./jul. 2009.

CAPARROZ, S. C. **O resgate do parto natural**: contribuições de uma tecnologia apropriada. Joinville: Univille, 2003.

CECAGNO, S.; ALMEIDA, F.D.O. Parto domiciliar assistido por parteiras em meados do século XX numa ótica cultural. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n.3, p. 409-413, 2004.

CHAMBERLAIN, G.; WRAIGHT, A; CROWLEY, P. Birth at home. **The practising midwife**, v. 2, n. 7, p.35-39, 1999.

CHRISTIAENS, W.; BRACKE, P. Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. **Midwifery Today**, Belgium, v. 25, p. 11-19, 2009.

DAHLEN, H. G. et al. The novice birthing : theorising first-time

mothers' experiences of birth at home and in hospital in Australia. **Midwifery**. Sydney, 2008. Disponível em: <[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B6WN9-4S6GRVR-1&\\_user=10&\\_rdoc=1&\\_fmt=&\\_orig=search&\\_sort=d&view=c&\\_acct=C000050221&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=10&md5=bc8b61941eb4a6d9c7b0039caa876ebc](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WN9-4S6GRVR-1&_user=10&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=bc8b61941eb4a6d9c7b0039caa876ebc)>. Acesso em: 12 mai. 2009.

DAVIM, R. M. B.; MENEZES, R. M. P. Assistência ao parto normal domiciliar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n. 6, p. 62-68, nov. 2001.

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.

DIAS, M. A. B; DESLANDES, S. F. Humanização da assistência ao parto no serviço público: reflexão sobre os desafios profissionais nos caminhos de sua implementação. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DECLERCQ, E. et al. Home Birth. **UpToDate**, Waltham, 2008.

DATASUS. **Sistema de informações sobre Nascidos-Vivos SINASC**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsc.def>>. Acesso em: 7 abr. 2010.

DIAS, M. A. B; DESLANDES, S. F. Humanização da assistência ao parto no serviço público: reflexão sobre os desafios profissionais nos caminhos de sua implementação. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

D'ORSI, E. et al. Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2067-2078, 2006.

ENKIN, M. et al. **Guia para a atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FEYER, I.S.S. et al. **O florescer da vida**: parto domiciliar planejado, orientações para gestação, parto e pós-parto. Florianópolis: Lagoa, 2009.

GYTE, G. et al. Estimating intrapartum-related perinatal mortality rates for booked home births: when the “best” available data are not good enough. **BJOG**, v.116, n. 7, p. 933-942, 2009.

GREENHALGH, T. **Como ler artigos científicos**. Fundamentos da medicina baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GULBRANSEN, G. et al. Home birth in New Zealand 1973-93: incidence and mortality. **New Zealand Medical Journal**, v. 110, n. 1040, p. 87-89, 1997.

HATT, L. et al. Did professional attendance at home births improve early neonatal survival in Indonesia? **Health polity and planning**, v. 24, n. 4, p. 270-278, 2009.

HILDINGSSON, I.; WALDENSTROM, U.; RADESTAD, I. Swedish women`s interest in home birth and in-hospital birth center care. **Birth**, United States, v. 30, n. 1, p. 11-22, mar. 2003.

HUTTON, E.K.; REITSMA, A.H.; KAUFMAN, K. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canadá, 2003-2006: a retrospective cohort study. **Birth**, v. 36, n. 3, p. 180-189, 2009.

JANSSEN, P.A. et al. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of Midwifery in British Columbia. **CMAJ**, Vancouver, v.166, n. 3, p. 315-323, fev. 2002.

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

JOHNSON, K.C.; DAVISS, B.A. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. **BMJ on line**, Ottawa, v. 330, n. 1416, dec. 2005.

JOHNSON, T.R. et al. Dutch women's perception of childbirth in the Netherlands. **MCN Am J. Matern Child Nurs**, Provo, v. 32, n. 3, p. 170-177, 2007.

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.

JUNIOR, J.O.; MIURA, E. Avaliação da idade gestacional do RN. In: MIURA, Ernani (org). **Neonatologia: princípios e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

KENNER, C. **Enfermagem neonatal**. 2.ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2001.

KOIFFMAN, M.D; BONADIO, I.C.; SCHENCK, C.A. A opção de mulheres pelo parto acompanhado no domicílio. In: INTERNATIONAL CONGRESS ON WOMEN'S HEALTH ISSUES, 15., 2004, Águas de São Pedro - SP. **Anais...** Águas de São Pedro (SP): 2004.

KOIFFMAN, M.D. et al. Parteiras urbanas em São Paulo 2005-2008. In:

CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL - COBEON, VI, 2009, Terezina - PI. **Anais...** Terezina (PI): COBEON, 2009.

KRUNO, R. B.; BONILHA, A.L.L. Parto no domicílio na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 396-407, 2004.

LARGURA, M. **Assistência ao parto no Brasil**. Aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e sociais. Uma análise crítica. 2. ed. São Paulo: [s.n.], 2000.

LESSA, H. Parto domiciliar planejado - uma prática da enfermeira obstétrica. In: CONFERENCIA INTERNACIONAL PARA A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO, II, 2000, Fortaleza. **Livro Programa...** Fortaleza: [s.n.], 2000.

LESSA, H. F. **Parto em casa: vivência de mulheres**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

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 Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, v. 87, n. 7, p. 751-759, 2008.

MACHADO, E.G. C. **Gestação, parto e maternidade: uma visão holística**. Belo Horizonte: Aurora, 1995.

Macones, G.A. et al. The 2008 National Institute of Child Health and Human Development Workshop Report on Electronic Fetal Monitoring. **OBSTETRICS & GYNECOLOGY**, v. 112, n. 3, p.661 – 666, sep. 2008.

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.

McMURTRIE, J. et al. The St. George homebirth program: an evaluation of the first 100 booked women. **The Royal Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 49, n. 6, p. 631-636, 2009.

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.

MELO, V. H. **Evolução histórica da obstetrícia.** A marginalidade social das parteiras e da mulher. Belo Horizonte: UFMG, 1993. Originalmente apresentada com Tese de Doutorado em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1994

MONTENEGRO, C.A.B; BRAGA, A. História da obstetrícia. In: MONTENEGRO, C.A.B; FILHO, J.R. **Obstetrícia fundamental.** 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010.

MONTENEGRO, C.A.B; FILHO, J.R; PEREIRA, M.N. A. Mecanismo do parto. In: MONTENEGRO, C.A.B; FILHO, J.R. **Obstetrícia fundamental.** 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010.

MONTENEGRO, C.A.B; BRAGA, A; FILHO, J.R. Parto. Estudo clínico e assistênica. In: MONTENEGRO, C.A.B; FILHO, J.R. **Obstetrícia fundamental.** 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010.

MONTENEGRO, C.A.B; FILHO, J.R. O puerpério. In: In: MONTENEGRO, C.A.B; FILHO, J.R. **Obstetrícia fundamental.** 11.

ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010.

\_\_\_\_\_. Rotura uterina. Laceração do trajeto. In: \_\_\_\_\_. **Obstetrícia fundamental**. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010.

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

MONTICELLI, M. et al. Especialização em enfermagem obstétrica: percepções de egressas quanto ao exercício profissional e satisfação na especialidade. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 482-91, jul-set. 2008.

NASCIMENTO, K.C. et al. A arte de partejar: experiência de cuidado das Parteiras tradicionais de Envira/AM. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 13, n. 2, p. 319-327, jun. 2009.

NEWMAN, T. et al. Delineando estudos transversais e de caso-controle. In: HULLEY, B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 127-144.

ODENT, M. **A cientificação do amor**. São Paulo: Terceira margem, 2000.

OLSEN, O; JEWELL, M.D. Home versus hospital birth (Cochrane Review). **The Cochrane Library**, issue 4, 2008. Oxford: Update Software.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto**

**normal:** um guia prático. Genebra: OMS, 1996.

OSAWA, R.H.; RIESCO, M.L.G.; TSUNECHIRO, M.A. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém diferentes. **Revista Brasileira de Enfermagem** v. 59, n. 5, p. 699-702, 2006.

OSAVA, R. H. **Assistência ao parto no Brasil:** o lugar do não médico. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

PARRAT, J.; JOHNSTON, J. Planned homebirths in Victoria, 1995-1998. **Australian journal of midwifery: professional journal of the Australian College of midwives Incorporated**, v. 15, n. 2, p. 16-22, 2002.

PRADO, A. **Liberdade no parto:** o verdadeiro parto normal. Disponível em: <[www.amigasdoparto.com.br](http://www.amigasdoparto.com.br)>. Acesso em: 13 set. 2005.

PÁDUA, K.S. et al. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Rev. Saúde Pública**. v. 44, n. 1, p. 70-9, 2010.

RICHARDSON, B. D.; BAC, M. Mortality rates among infants and young children born at home or in hospitals or clinics in rural Bophuthatswana. **South African Medical Journal**, v. 71, n. 11, p.709-711, 1987.

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.

RIESCO, M.L.G.; TSUNECHIRO, M.A. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Rev. Estud. Fem.**, ano 10, p. 449-459, 2002.

RODRIGUES, L. P. F. **Dar à luz...renascer**: gravidez e parto. São Paulo: Ágora, 1997.

SCHIRMER, J. **Formação da enfermeira obstetra**: contribuição para o resgate da atuação na assistência ao parto e nascimento. 2001. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP. Originalmente apresentada com Tese de Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2001.

STEDMAN. **Dicionário médico**. 23.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1979.

TANAKA, A. C. A. **Maternidade**: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec, 1995.

VAS, J. et al. Correction of nonvertex presentation with moxibustion: a systematic review and metaanalysis. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, p. 241-259, set. 2009.

WICKHAM, S. Homebirth: what are the issues? **Midwifery Today Magazine**, Maldom, issue 50, 1999. Disponível em <<http://www.midwiferytoday.com/articles/homebirthissues.asp>>. Acesso em: 13 mai. 2009.

WIEGERS, T. A. et al. Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in the Netherlands. **BMJ**, v. 313, p. 1309-1313, 23 nov. 1996.

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.

WOODCOCK, H. C.; et al. A matched cohort study of planned home and hospital births in Western Austrália 1981-1987. **Midwifery**, East Perth, v. 10, n. 3, p. 125-135, set. 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Manobras das complicações na gestação e no parto**. Porto Alegre: Artmed, 2005

## APÊNDICES



## APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

Parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras

Número do instrumento: [ ] [ ] [ ]

### SEÇÃO 1 – VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS DA GESTAÇÃO

**1.1** Idade da parturiente: [ ] anos

**1.2** Estado marital:

- |              |                |                      |                        |
|--------------|----------------|----------------------|------------------------|
| (1) casada   | (3) separada   | (5) união consensual | (7) outra              |
| (2) solteira | (4) divorciada | (6) viúva            | (8) dado não informado |

**1.3** Escolaridade:

- |                        |                        |                              |                              |                         |
|------------------------|------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------|
| (1) 1º grau incompleto | (3) 2º grau incompleto | (5) terceiro grau incompleto | (7) pós-graduação incompleta | (9) outra               |
| (2) 1º grau completo   | (4) 2º grau completo   | (6) terceiro grau completo   | (8) pós-graduação completa   | (10) dado não informado |

**1.4** Ocupação:

- |               |                        |
|---------------|------------------------|
| (1) estudante | (3) outra              |
| (2) do lar    | (4) dado não informado |

**1.5** Procedência:

- |          |          |
|----------|----------|
| (bairro) | (cidade) |
|----------|----------|

**1.6.** Número de consultas de pré-natal com médico:

- |         |          |           |                  |
|---------|----------|-----------|------------------|
| (1) uma | (3) três | (5) cinco | (7) mais de seis |
|---------|----------|-----------|------------------|

- (2) duas                    (4) quatro                    (6) seis                    (8) dado não informado

**1.6.1** Mais de seis consultas médicas de pré-natal:

**1.7** Número de consultas de pré-natal com as enfermeiras:

- (1) uma                    (3) três                    (5) cinco                    (7) mais de seis  
 (2) duas                    (4) quatro                    (6) seis                    (8) dado não informado

**1.8** Idade gestacional no início do pré-natal com as enfermeiras:

[ ] [ ] [ ] pela (99) DUM interrogada  
 DUM sem/dias

**1.8.1** Idade gestacional no início do pré-natal com as enfermeiras:

[ ] [ ] [ ] pela USG sem/dias (USG com \_\_\_\_\_)

**1.9** Número de partos anteriores ao atual:

- (1) um                    (3) três                    (5) cinco                    (7) nenhum  
 (2) dois                    (4) quatro                    (6) mais de cinco

**1.10** Tipo de parto(s) anterior(es):

- (1) nenhum                    (3) vaginal a fórceps                    (5) cesariana  
 (2) vaginal                    (4) vaginal a vácuo

- (1) nenhum                    (3) vaginal a fórceps                    (5) cesariana  
 (2) vaginal                    (4) vaginal a vácuo  
 (1) nenhum                    (3) vaginal a fórceps                    (5) cesariana

(2) vaginal (4) vaginal a vácuo

**1.11** Local do(s) parto(s) anterior(es):

(1) nenhum (3) centro de parto normal

(2) domicílio (4) hospital

(1) nenhum (3) centro de parto normal

(2) domicílio (4) hospital

(1) nenhum (3) centro de parto normal

(2) domicílio (4) hospital

## **SEÇÃO 2 – VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS DO TRABALHO DE PARTO**

**2.1** Idade gestacional no dia do parto:

[ ] [ ] [ ] pela DUM (99) DUM interrogada  
sem/dias

**2.1.1** Idade gestacional no dia do parto (USG):

[ ] [ ] [ ] pela USG  
sem/dias

**2.2** Estado das membranas:

(1) íntegras (3) interrogado

(2) rotas (4) dado não informado

**2.3** Dilatação do colo uterino: [ ] [ ] cm

**2.4** Apagamento do colo:

- (1) totalmente apagado      (3) médio - fino      (5) grosso - médio      (7) dado não informado
- (2) fino      (4) médio      (6) grosso

**2.5** Tipo de rotura das membranas:

- (1) espontânea      (2) artificial      (3) dado não informado

**2.6.** Coloração do líquido amniótico

- (1) claro      (2) meconial      (3) dado não informado

**2.7** Tempo do período de dilatação e expulsão: [\_\_\_\_] horas [\_\_\_\_] minutos

**2.8** Indicação de encaminhamento da parturiente para a maternidade:

- (1) não encaminhada      (3) parada da dilatação do colo uterino      (5) necessidade de analgesia      (7) outra
- (2) parada de progressão da descida do feto      (4) FCF não tranquilizadora      (6) desproporção céfalo-pélvica

Outra indicação de encaminhamento:

**2.9** Batimentos cardíacos do feto:

- (1) normal      (3) bradicardia severa      (5) taquicardia severa
- (2) bradicardia leve      (4) taquicardia leve

**2.10** Uso de medicamento:

- (1) fluidoterapia      (2) antibiótico prescrito no pré-natal      (3) outro

Outro medicamento:

**2.11** Técnicas não farmacológicas no alívio da dor:

- |                   |   |   |                   |
|-------------------|---|---|-------------------|
| (1) bola<br>suíça | (4) massagem<br>em lombo sacra          | (7) bolsa de água<br>quente                 | (10) escalda- pés |
| (2) moxa          | (5) banho<br>terapêutico de<br>chuveiro | (8) estimulação<br>elétrica<br>transcutânea | (11) aromaterapia |
| (3) floral        | (6) acupressão                          | (9) banho de<br>imersão                     | (12) outra        |

**2.12** Distócias funcionais:

- |                    |                    |           |
|--------------------|--------------------|-----------|
| (1) ausente        | (3) hipossistolia  | (5) outra |
| (2) bradissistolia | (4) taquissistolia |           |

**2.13** Cruzamento da linha de alerta do partograma:

- |         |         |                        |
|---------|---------|------------------------|
| (1) sim | (2) não | (3) dado não informado |
|---------|---------|------------------------|

**SEÇÃO 3 – VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS DO PARTO****3.1** Posição de parto:

- |                           |                                |                             |                                |               |
|---------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|---------------|
| (1) cócoras               | (3) cócoras<br>no<br>banquinho | (5) genupeitoral            | (7) em pé                      | (9) ajoelhada |
| (2) cócoras<br>sustentada | (4) cócoras<br>na água         | (6) genupeitoral<br>na água | (8) de<br>lado (ou<br>de Sims) | (10) outra    |

Outra posição de parto:

**3.2** Variedade de posição no parto:

- |                   |                   |                   |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| (1) occipto-sacra | (2) occipto-pubis | (3) não informado |
|-------------------|-------------------|-------------------|

**3.3** Local do parto:

- |            |              |
|------------|--------------|
| (1) quarto | (3) banheiro |
| (2) sala   | (4) outro    |

Outro local de parto:

**3.4** Condições do períneo:

- (1) sem trauma                      (3) laceração de (5) dado não  
segundo grau                      informado  
(2) laceração de (4) episiotomia  
primeiro grau

### 3.5 Perineorrafia:

- (1) sim                      (2) não                      (3) dado não informado

### 3.6 Tipo de rotura das membranas no parto:

- (1) espontânea                      (2) artificial                      (3) Não informado

### 3.7 Coloração do líquido amniótico no parto:

- (1) claro                      (2) meconial                      (3) Não informado

## SEÇÃO 4 – VARIÁVEIS DO RN

4.1 Peso do RN: [\_\_][\_\_][\_\_][\_\_] g

4.2 Sexo do RN:

- (1) feminino                      (2) masculino

4.3 Apgar do RN no 1<sup>o</sup> min: [\_\_][\_\_]

4.4 Apgar do RN no 5<sup>o</sup> min: [\_\_][\_\_]

4.5 Tempo de pulsar do cordão umbilical: [\_\_\_\_] minutos

4.6 Idade gestacional do RN [\_\_][\_\_][\_\_] pelo Capurro  
sem/dias

4.7 Perímetro cefálico: [\_\_][\_\_]cm

4.8 Necessidade de encaminhamento:

- (1) sim                      (2) não

4.9. Causa do encaminhamento:

- (1) doença congênita ao nascer                      (2) outra

4.10 Intercorrências neonatais

- |                                 |  |           |
|---------------------------------|--|-----------|
| (1) icterícia pós-parto         | (3) não obtenção do peso de nascimento no décimo dia de vida | (5) outra |
| (2) perda ponderal acima de 10% | (4) não obtenção do peso no décimo quinto dia de vida        |           |

#### 4.11 Classificação de acordo com Alexander et al., (1996)

- |                                      |                                       |                                     |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| (1) Pequeno para a idade gestacional | (2) adequado para a idade gestacional | (3) grande para a idade gestacional |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|

## SEÇÃO 5 – VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS DO PÓS-PARTO IMEDIATO

### 5.1 Contato pele a pele imediato ao nascimento:

- |         |         |                   |
|---------|---------|-------------------|
| (1) sim | (2) não | (3) Não informado |
|---------|---------|-------------------|

### 5.2 Amamentação pós-parto:

- |         |         |                   |
|---------|---------|-------------------|
| (1) sim | (2) não | (3) Não informado |
|---------|---------|-------------------|

### 5.3 Mecanismo de dequitação:

- |                         |                        |                   |
|-------------------------|------------------------|-------------------|
| (1) Baudelouque Schultz | (2) Baudelouque Duncan | (3) Não informado |
|-------------------------|------------------------|-------------------|

### 5.4 Tempo de dequitação: [\_\_\_\_] minutos

### 5.5 Intercorrências obstétricas no secundamento:

- |                       |                          |             |
|-----------------------|--------------------------|-------------|
| (1) hipotonia uterina | (3) retenção placentária | (5) síncope |
| (2) hemorragia        | (4) hipotensão           | (6) outra   |

### 5.6 Uso de medicação:

- |                 |               |
|-----------------|---------------|
| (1) ergotamina  | (3) ocitocina |
| (2) misoprostol | (4) outro     |

## SEÇÃO 6 – VARIÁVEIS DO ACOMPANHANTE

**6.1 Presença de acompanhante(s):**

- (1) sim                                      (2) não                                      (3) dado não informado

**6.2. Número de acompanhantes:**

- (1) um                                      (3) três                                      (5) cinco  
 (2) dois                                      (4) quatro                                      (6) seis ou mais

**6.3 Quem são os acompanhantes**

- ( 1 ) companheiro                      ( 4 ) irmã                                      ( 7 ) filho (s)  
 ( 2 ) mãe                                      ( 5 ) amiga                                      (8) outro:  
 \_\_\_\_\_  
 ( 3 ) pai                                      ( 6 ) sogra

**6.4 Idade: [ \_\_\_\_ ] anos completos****6.5 Escolaridade do companheiro:**

- (1) 1º grau completo                      (3) 2º grau completo                      (5) terceiro grau completo                      (7) pós-graduação completa                      (9) dado não informado  
 (2) 1º grau incompleto                      (4) 2º grau incompleto                      (6) terceiro grau incompleto                      (8) pós-graduação incompleta

**SEÇÃO 7 – VARIÁVEIS DO PUERPÉRIO IMEDIATO****7.1 Consultas puerperais:**

- (1) uma                                      (3) três                                      (5) cinco  
 (2) duas                                      (4) quatro                                      (6) seis ou mais

**7.2 Intercorrências maternas:**

- (1) sangramento                      (4) deiscência de sutura                      (7) fissura  
 (2) febre                                      (5) ingurgitamento mamário                      (8) outra  
 (3) dor                                      (6) necessidade de ordenha

**7.3 Necessidade de medicação:**

- (1) Imunoglobulina                      (2) outra

## SEÇÃO 8 – VARIÁVEIS SOBRE O ATENDIMENTO INSTITUCIONAL DAS MULHERES TRANSFERIDAS

### 8.1 Instituição de saúde de encaminhamento:

- (1) hospital público (atendimento pelo SUS)      (2) clínica - atendimento por convênio de saúde ou clínica - atendimento particular

### 8.2 Profissional que prestou atendimento na instituição:

- (1) médico obstetra plantonista      (3) residente  
(2) médico obstetra particular      (4) outro

### 8.3 Tipo de parto na instituição:

- (1) parto normal      (3) parto normal a vácuo  
(2) parto normal a fórceps      (4) cesariana

### 8.4 Analgesia de parto:

- (1) sim      (2) não

## SEÇÕES 9 - VARIÁVEIS DOS RNS DAS MULHERES TRANSFERIDAS

9.1 Peso do RN transferido: [ ] [ ] [ ] [ ] g

9.2 Sexo do RN transferido:

- (1) feminino      (2) masculino

9.3 Apgar do RN no 1<sup>o</sup> min: [ ] [ ]

9.4 Apgar do RN no 5<sup>o</sup> min: [ ] [ ]

9.5. Idade gestacional do RN [ ] [ ] [ ] pelo Capurro sem/dias

9.6 Perímetro cefálico do RN transferido: [ ] [ ] [ ] cm

9.7 Intercorrências no RN transferido:

- (1) icterícia pós-parto      (3) não obtenção do peso de nascimento no décimo dia de vida      (5) outra  
(2) perda ponderal acima de 10% do seu peso de nascimento no      (4) não obtenção do peso de nascimento no

peso

décimo quinto dia de  
vida

**4.8** Classificação de acordo com Alexander et al., (1996)

(1) Pequeno para a  
idade gestacional

(2) adequado para a  
idade gestacional

(3) grande para a  
idade gestacional

## APÊNDICE B – Máscara de entrada de dados – Epi Info versão – 2008

**NÚMERO DO INSTRUMENTO** [110] **SEÇÃO 1 - VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS DA GESTAÇÃO**

1.1 Idade da parturiente [34] 1.1.1 País quando estrangeiro [Chile]

1.2 Estado marital [5 - união consor.] Outro estado marital [ ]

1.3 Escolaridade [B - ensino médio] Outra ocupação [perseguida]

1.4 Ocupação [3 - outra] 1.5.1 Procedência/cidade [ipolit]

1.5 Procedência/bairro [Costa de mara] 1.6.1 Mais de 6 consultas PN [ ]

1.6 Número de consultas médicas de PN [4 - outro] 1.7.1 Mais de seis consultas com as enfermeiras [ ]

1.7 Número de consultas PN com enfermeira [3 - set] 1.8 Idade gestacional no início do PN - enfermeiras (USG) [37]

1.8 Idade gestacional no início do PN - enfermeiras (DUM) [38] 1.8.1 Idade gestacional no início do PN - enfermeiras (USG) [37]

1.9 Número de partos anteriores ao atual [2 - dois]

1.10 Tipo de parto anterior [ ]

Vaginal [02] Vaginal a fórceps [ ] Vaginal a vácuo [ ] Cesariana [ ]

1.11 Local do(s) parto(s) anterior(es) [3 - CPN] Local do(s) parto(s) anterior(es)2 [2 - domicilio]

Local do(s) parto(s) anterior(es)3 [ ] Local do(s) parto(s) anterior(es)4 [ ]

## SEÇÃO 2 - VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS DO TRABALHO DE PARTO

2.1 Idade gestacional no dia do parto/DUM  2.1.1 Idade gestacional no dia do parto/USG

2.2 Estado das membranas  2.3 Dilatação do colo uterino

2.4 Apagamento do colo  2.5 Tipo de ruptura das membranas TP  2.6 Coloração do líquido amniótico no TP  2.7 Tempo do período de dilatação e expulsão

2.8 Indicação de encaminhamento da parturiente para a maternidade  Outra indicação de encaminhamento  2.9 Batimentos cardíacos do feto  Outro medicamento

2.10 Uso de medicamento  2.11 Técnicas não farmacológicas no alívio da dor  Outra técnica não farmacológica no alívio da dor 2  Outra técnica não farmacológica no alívio da dor 3  Outra técnica não farmacológica no alívio da dor 4  Outra técnica não farmacológica no alívio da dor 5  Outra técnica não farmacológica no alívio da dor 6

Outra técnica não farmacológica  Outra técnica não farmacológica no alívio da dor 6  2.12 Distócias funcionais  Outra distócia funcional  2.13 Cruzamento da linha de alerta do partograma

### SEÇÃO 3 - VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS DO PARTO

- 3.1 Posição de parto   Outra posição de parto
- 3.2 Variedade de posição no parto   3.2.1 Outra variedade de posição
- 3.3 Local do parto   Outro local de parto
- 3.4 Condições do períneo
- 3.5 Perineorrafia
- 3.6 Tipo de ruptura das membranas no parto
- 3.7 Coloração líquido amniótico no parto

#### SEÇÃO 4 - VARIÁVEIS DO RECÉM-NASCIDO

4.1 Peso do RN

4.2 Sexo do RN

4.3 Apgar do RN no 1o minuto

4.4 Apgar do RN no 5o minuto

4.5 Tempo de pulsar do cordão

4.6 Idade gestacional do RN semanas  Capurro (dias)

4.7 Perímetro cefálico

4.8 Necessidade de encaminhamento RN

4.9 Causa do encaminhamento  Outra causa de encaminhamento RN

4.10 Intercorrências neonatais  4.10.1 Intercorrências neonatais 2

4.10.2 intercorrências neonatais 3  Outra intercorrência neonatal

4.11 Classificação do RN

## SEÇÃO 5 - VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS DO PÓS-PARTO IMEDIATO

- 5.1 Contato pele a pele imediato ao nascimento
- 5.2 Amamentação pós-parto
- 5.3 Mecanismo de dequitação
- 5.4 Tempo de dequitação
- 5.5 Intercorrências obstétricas no secundamento  Outra intercorrência obstétrica no secundamento 2
- Outra intercorrência obstétrica no secundamento 3
- 5.6 Uso de medicação no pós-parto  Outra medicação no pós-parto 2
- Outra medicação no pós-parto 3
- Outra medicação no pós-parto



## APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras

Eu \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_  
 G \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_ na \_\_\_\_\_

abaixo assinada, fui informada que está sendo realizada uma pesquisa que será desenvolvida como Dissertação de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e tem como pesquisadora principal a Mestranda Joyce Green Koettker, como orientadora/pesquisadora responsável a Profa. Dra. Odaléa Maria Brüggemann e como coorientadora a Profa. Dra. Rozany M. Dufloth.

Essa pesquisa quer avaliar os dados sobre o trabalho de parto, parto e pós-parto e do recém-nascido das mulheres assistidas pelas enfermeiras da Equipe Hanami, além disso, serão utilizados dados referentes aos acompanhantes que estavam presentes no dia da assistência.

Explicaram-me que serão utilizados os dados do meu trabalho de parto, parto e do meu recém-nascido, assim como dos meus acompanhantes, que ficaram registrados nas fichas de atendimento. Caso esses registros não sejam suficientes, também serão analisadas as filmagens do meu parto, que, na época, foram por mim autorizadas.

Foi-me garantido que todos os dados serão utilizados somente para fins de pesquisa e que meu nome e dos meus acompanhantes serão mantidos em sigilo (segredo).

Informaram-me de que não estarei correndo nenhum risco decorrente da utilização dos meus dados. Também fui informada que tenho o direito de não autorizar uso sem que isso prejudique ou impeça que eu seja atendida pela Equipe Hanami em uma próxima gestação e parto.

Fui orientada de que a pesquisa obedecerá aos princípios éticos expressos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, considerando o respeito aos sujeitos de todo processo investigativo.

Para qualquer esclarecimento, poderei procurar a Enf<sup>ª</sup> Joyce Green Koettker, no período das 13 às 19 horas pelo telefone (48) 32517561, ou pelo celular (48) 99824727 ou ainda pelo e-mail: [joycegreenk@yahoo.com.br](mailto:joycegreenk@yahoo.com.br) ou com a Prof<sup>ª</sup> Odaléa Maria Brüggemann, no Departamento de Enfermagem da UFSC, no período das 8.30 horas às 18.00 horas ou pelo telefone 37219480.

Florianópolis, de \_\_\_\_\_ de 200\_\_.

Assinatura da mulher:

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Assinatura do representante legal (caso seja adolescente): \_\_\_\_\_

**ANEXO**



## ANEXO A - Aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa

Certificado Page 1 of 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
 Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**CERTIFICADO** Nº 552

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 2584-GR-99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

**APROVADO**

PROCESSO: 552                      ER: 308812

TÍTULO: PROCESSO DE NASCIMENTO DOMICILIAR PLANEJADO ASSISTIDO POR ENFERMEIRAS

AUTOR: Orláida Maria Bergmann, Joyce Grein Kozelke, Raíssa Maria Durfali

FLORIANÓPOLIS, 14 de Dezembro de 2009

  
 Coordenador do CEPSH/UFSC

Prof. Washington Pereira de Souza  
 Coordenador do CEP/PPRe/UFSC

[http://www.cep.ufsc.br/projeto\\_cep/certificado/certificado.php?id\\_pesquisa=552](http://www.cep.ufsc.br/projeto_cep/certificado/certificado.php?id_pesquisa=552) 15/12/2009