



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

SUZANA MACEDO PEIXOTO

**PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NA ÓTICA DE MULHERES E
ENFERMEIRAS OBSTETRAS**

FEIRA DE SANTANA – BA

2022

SUZANA MACEDO PEIXOTO

**PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NA ÓTICA DE MULHERES E
ENFERMEIRAS OBSTETRAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Enfermagem (MPE) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Produção do cuidado, avaliação dos serviços e programas de saúde em enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Rita de Cássia Rocha Moreira

FEIRA DE SANTANA – BA

2022

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

P43

Peixoto, Suzana Macedo

Parto domiciliar planejado na ótica de mulheres e enfermeiras obstetras. /
Suzana Macedo Peixoto. – 2022.

229 f.: il.

Orientadora: Rita de Cássia Rocha Moreira.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana,
Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Enfermagem, Feira de
Santana, 2022.

1. Parto natural. 2. Parto domiciliar planejado. 3. Enfermeiras obstetras.
4. Saúde da mulher. I. Título. II. Moreira, Rita de Cássia Rocha, orient.
III. Universidade Estadual de Feira de Santana.

CDU 618.4

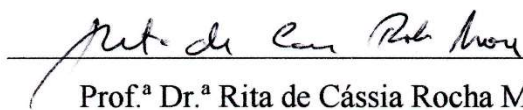
SUZANA MACEDO PEIXOTO

**PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NA ÓTICA DE MULHERES E
ENFERMEIRAS OBSTETRAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Enfermagem (MPE) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Linha de pesquisa: Produção do cuidado, avaliação dos serviços e programas de saúde em enfermagem.


Aprovada em 31 de outubro de 2022.

Banca examinadora



Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Rocha Moreira (Orientadora)

Universidade Estadual de Feira de Santana



Prof.^a Dr.^a Rosana Freitas Azevedo (Titular externa)

Universidade Estadual da Bahia



Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Camargo (Titular interna)

Universidade Estadual de Feira de Santana

PEIXOTO, Suzana Macedo. **Parto domiciliar planejado na ótica de mulheres e enfermeiras obstetras**. 2022. 229f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem), Universidade Estadual de Feira de Santana – Feira de Santana, 2022.

RESUMO

Introdução: Atualmente, a assistência obstétrica brasileira é baseada no modelo tecnocrático, biomédico e hospitalocêntrico. Nesse contexto, o parto domiciliar planejado, apesar de ainda pouco explorado, se configura como uma opção frente a esse atendimento convencional e de tentativa por parte das mulheres em vivenciar um parto digno, respeitoso e humano. Representa para as enfermeiras obstetras uma alternativa de atuação profissional em conformidade com o modelo humanizado, com autonomia e liberdade. **Temática de estudo:** A vivência do parto domiciliar planejado na ótica de mulheres e enfermeiras obstetras em Feira de Santana-BA e Salvador-BA. **Questionamento de pesquisa:** Como é a vivência do parto domiciliar planejado na ótica de mulheres e enfermeiras obstetras em Feira de Santana-BA e Salvador-BA? **Objetivo:** Compreender a vivência do parto domiciliar planejado na ótica de mulheres e enfermeiras obstetras. **Método:** Estudo qualitativo, descritivo, realizado em Feira de Santana-BA e Salvador-BA. Participaram 07 mulheres que vivenciaram o parto domiciliar planejado e 09 enfermeiras obstetras que prestaram ou prestam essa assistência. A coleta de dados se deu por meio de entrevista semi-estruturada. Os dados foram analisados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana sob parecer de nº 5.041.212. **Resultados:** Emergiram seis categorias analíticas: A vivência das enfermeiras obstetras na assistência ao Parto Domiciliar Planejado: motivações, obstáculos e desafios; As práticas das enfermeiras obstetras na assistência ao Parto Domiciliar Planejado; Intercorrências e transferências no Parto Domiciliar Planejado: a vivência das enfermeiras obstetras; Impactos da pandemia na assistência ao Parto Domiciliar Planejado; A vivência de mulheres que optam pelo Parto Domiciliar Planejado; Acompanhante no Parto Domiciliar Planejado. **Considerações finais:** Os motivos que levam tanto as mulheres como as enfermeiras obstetras a optar pelo parto domiciliar planejado decorrem da insatisfação com o modelo hegemônico e do desejo de mudanças no cenário do parto e nascimento. As enfermeiras obstetras são profissionais qualificadas e capacitadas, que compreendem o transcurso parturitivo como evento fisiológico e familiar, sendo as mulheres protagonistas. Essas profissionais têm prática assistencial centrada nas mulheres e fundamentada na humanização, em evidências científicas e nas boas práticas, mesmo durante a pandemia da COVID-19, com os desafios e adaptações que surgiram com ela. Isso reflete positivamente na saúde de mulheres e recém-nascidos, com menos intervenções, menor risco de intercorrências e de morbimortalidade, assim como na qualidade do cuidado e satisfação. As mulheres que escolhem o domicílio como local para o parto não são desinformadas ou adeptas a um modismo. Elas fazem uma escolha sólida e fundamentada em informações de qualidade, que possibilitam tomar essa decisão de forma segura e consciente. **Contribuições:** elaboração de uma cartilha com a temática Parto Domiciliar Planejado, com o objetivo de oferecer informação de qualidade para que as mulheres possam ser estimuladas e fortalecidas a pensarem no parto normal e no parto domiciliar planejado, já que optar por eles implica enfrentar todo o sistema e grande parte da sociedade. Representa, também, dar visibilidade à ausência de políticas públicas para essa temática no Brasil.

Palavras-chave: Parto natural, Parto domiciliar planejado, Enfermeiras obstetras, Saúde da mulher.

PEIXOTO, Suzana Macedo. **Planned home birth from the perspective of women and obstetric nurses**. 2022. 229f. Dissertation (Professional Master in Nursing), State University of Feira de Santana – Feira de Santana, 2022.

ABSTRACT

Introduction: Currently, Brazilian obstetric care is based on the technocratic, biomedical and hospital-centered model. In this context, planned home birth, although still little explored, is an option compared to this conventional care and an attempt by women to experience a dignified, respectful and humane birth. It represents, for obstetric nurses, an alternative professional practice in accordance with the humanized model, with autonomy and freedom. **Study topic:** The experience of planned home birth from the perspective of women and obstetric nurses in Feira de Santana-BA and Salvador-BA. **Research question:** How is the experience of planned home birth from the perspective of women and obstetric nurses in Feira de Santana-BA and Salvador-BA? **Objective:** To understand the experience of planned home birth from the perspective of women and obstetric nurses. **Method:** Qualitative, descriptive study, carried out in Feira de Santana-BA and Salvador-BA. Participants were 07 women who experienced planned home births and 09 obstetric nurses who provided or provide this assistance. Data collection was performed through semi-structured interviews. Data were analyzed using Bardin's content analysis technique. It was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Feira de Santana under opinion number 5.041.212. **Results:** Six analytical categories emerged: The experience of obstetric nurses in assisting Planned Home Birth: motivations, obstacles and challenges; The practices of obstetric nurses in Planned Home Birth assistance; Intercurrences and transfers in Planned Home Birth: the experience of obstetric nurses; Impacts of the pandemic on Planned Home Birth assistance; The experience of women who opt for Planned Home Birth; Companion in Planned Home Birth. **Final considerations:** The reasons that lead both women and obstetric nurses to opt for planned home birth stem from dissatisfaction with the hegemonic model and the desire for changes in the labor and birth scenario. Obstetric nurses are qualified and trained professionals, who understand the parturition process as a physiological and family event, with women as protagonists. These professionals have a care practice centered on women and based on humanization, scientific evidence and good practices, even during the COVID-19 pandemic, with the challenges and adaptations that came with it. This reflects positively on the health of women and newborns, with fewer interventions, lower risk of complications and morbidity and mortality, as well as the quality of care and satisfaction. Women who choose home as the place to give birth are not uninformed or adherents to a fad. They make a solid choice based on quality information, which makes it possible to make that decision safely and consciously. **Contributions:** elaboration of a booklet with the theme Planned home childbirth, with the aim of offering quality information so that women can be encouraged and strengthened to think about normal birth and planned home birth, since choosing them implies facing all the system and much of society. It also represents giving visibility to the absence of public policies for this issue in Brazil.

Keywords: Natural Childbirth, Planned Home Childbirth, Nurse Midwives, Women's Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENFO	Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiras Obstetras
AC	Alojamento Conjunto
ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AOM	<i>Association of Ontario Midwives</i>
BA	Bahia
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CFM	Conselho Federal de Medicina
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
CPN	Centro de Parto Normal
DNV	Declaração de Nascimento Vivo
EACH	Escola de Artes, Ciências e Humanidades
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GIRA	Grupo de Estudos Feministas em Política e Educação
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFGO	<i>International Federation of Gynaecology and Obstetrics</i>
ICM	<i>International Confederation of Midwives</i>
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PDP	Parto Domiciliar Planejado
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PMI	Programa Materno Infantil
PNAISM	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PPA	Projeto Parto Adequado
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil

RCM	<i>Royal College of Midwives</i>
RCOG	<i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists</i>
REHUNA	Rede de Humanização do Parto e Nascimento
RN	Recém-nascido
SINASC	Sistema Nacional de Nascidos Vivos
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	ESTADO DA ARTE	17
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
3.1	Políticas de atenção à saúde materno-infantil e humanização na assistência ao parto	20
3.2	Medicalização e institucionalização do parto	27
3.3	O parto domiciliar planejado	31
3.3.1	As enfermeiras obstetras na assistência ao parto domiciliar planejado	42
3.3.2	Parto domiciliar planejado no contexto da pandemia por COVID-19	47
4	A TRILHA METODOLÓGICA	53
4.1	Tipo de estudo	53
4.2	Campo do estudo e participantes	54
4.3	Técnica e instrumento de coleta de dados	56
4.4	Técnica de análise dos dados	58
5.5	Aspectos éticos da pesquisa	59
4.6	Produções técnicas	61
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	62
5.1	Caracterização das mulheres e enfermeiras obstetras	62
5.2	A vivência das enfermeiras obstetras na assistência ao Parto Domiciliar Planejado: motivações, obstáculos e desafios	68
5.3	As práticas das enfermeiras obstetras na assistência ao Parto Domiciliar Planejado	95
5.4	Intercorrências e transferências no Parto Domiciliar Planejado: a vivência das enfermeiras obstetras	119
5.5	Impactos da pandemia na assistência ao Parto Domiciliar Planejado	132
5.6	A vivência de mulheres que optam pelo Parto Domiciliar Planejado	144
5.7	Acompanhante no Parto Domiciliar Planejado	159
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	168
	REFERÊNCIAS	173
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista das mulheres	202
	APÊNDICE B – Roteiro de entrevista das enfermeiras obstetras	204
	APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido – Mulher	206

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido – Enfermeira Obstetra	207
APÊNDICE E – Cartilha	208
APÊNDICE F – Modelo do Quadro Analítico – Mulher	218
APÊNDICE G – Modelo do Quadro Analítico – Enfermeira Obstetra	220
APÊNDICE H – Justificativa de mudança do método de análise de dados	221
ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP	223

1 INTRODUÇÃO

A vivência da gestação e parto é única para cada mulher; com sentidos e significados que podem construir e reconstruir experiências diferentes para uma mesma realidade; possibilidade esta que faz dessa vivência um momento em contínua construção, com mudanças expressivas ao longo da história (MATOS *et al.*, 2013).

O cuidado às mulheres no transcurso parturitivo passou por várias transformações ao longo do tempo. O conhecimento e o avanço das tecnologias proporcionaram melhorias na atenção à saúde da mulher e do recém-nascido (RN). Entretanto, é preciso cuidar para que caminhos mais simples não sejam velados pelo cobrimento do tecnológico. Valorizar o simples e o fisiológico é um dos grandes desafios do progresso (CAVALCANTE, 2017).

O termo transcurso parturitivo, elaborado por Moreira (2016), foi utilizado por possibilitar um olhar ampliado à mulher, ao compreender que gestar e parir vão além de um processo controlado, sistemático e repetitivo, isto é, podem significar transcorrer ou percorrer. Diz respeito à vivência de um fenômeno.

Vivência é conceituada como sentir o impacto de um encontro; é algo imediato e precede as construções mentais que poderiam ser feitas depois; é o fato de viver ou experimentar algo e seu conteúdo. E para redimir dúvidas, descrevemos que o termo experiência, na língua portuguesa, pode ser definido de duas formas, como apreensão da realidade (conhecimento adquirido na prática) ou um fato interno (emoção sentida frente a um acontecimento, no sentido de presenciar ao invés de aprender). Portanto, o termo vivência pode ser referido também pelo termo experiência. Para clarificar o sentido usado e evitar confusão, a palavra experiência pode vir acompanhada de adjetivos e trazer expressões como: experiência adquirida e experiência vivida (AMATUZZI, 2007).

O parto é um fenômeno subjetivo e complexo para explorar (SWEENEY; O'CONNELL, 2015). É também uma das experiências primordiais que o ser humano pode vivenciar (FLEMING *et al.*, 2017). Esse fenômeno deixou de ser um evento fisiológico e doméstico, assistido por parteiras e entre pessoas do convívio da mulher e passou a ter conotação patológica que, por sua vez, necessitou ser assistido no ambiente hospitalar, por profissionais de saúde e longe da família, o que representou a sua medicalização e institucionalização.

A mudança de ambiente e a disponibilidade de tecnologia contribuíram também para a organização da assistência como uma linha de produção, acentuando a medicalização e mercantilização do parto (MUNIZ; BARBOSA, 2012), bem como a incorporação de normas,

rotinas e intervenções, em sua maioria, desnecessárias, que atendem à conveniência dos profissionais de saúde, assim como as altas taxas da cirurgia cesariana (BRASIL, 2011a).

Nesse ínterim, a mulher perde a autonomia sobre seu corpo e pode vivenciar esse fenômeno de forma passiva e impotente, visto que a capacidade de escolha passou a ser responsabilidade do médico, independente do desejo das mulheres, o que reafirma a situação de subordinação vivenciada por elas (MUNIZ; BARBOSA, 2012).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a assistência ao parto tem como objetivo garantir a saúde da mãe e RN, com o mínimo de intervenções e de forma segura para ambos. Ou seja, é recomendado que o profissional só intervenha no nascimento quando necessário (PEREIRA, R. *et al.*, 2018). É importante, também, que a mulher seja incluída na tomada de decisões sobre os cuidados que recebe, já que a sua inclusão nas decisões contribui para uma boa experiência de parto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Há mais de 25 anos, a OMS critica a excessiva medicalização do parto, bem como o uso crescente de intervenções desnecessárias, ao afirmar que essas condições interferem na capacidade de parir da mulher e afetam negativamente a vivência desse fenômeno (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Todavia, o cenário obstétrico brasileiro ainda é marcado por uma assistência baseada no modelo tecnocrático, biomédico e hospitalocêntrico, caracterizada pela violência institucional e obstétrica, práticas e condutas desumanizadas com excesso de intervenções e desrespeito à autonomia da parturiente, por indesejáveis resultados quanto à mortalidade materna e altas taxas de cesáreas (CASTRO, 2015; LESSA *et al.*, 2014a), além da falta de suporte psicoemocional e da inadequação da estrutura física às necessidades de privacidade, conforto e apoio familiar (BRASIL, 2017); e ainda, precárias condições de trabalho às quais os profissionais da saúde estão submetidos (BRASIL, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) pelos dados obtidos do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC), 0,72% (19.691) dos partos no Brasil no ano de 2020 ocorreram no contexto domiciliar (independentemente do planejamento) e 98,3% (2.684.834) ocorreram no contexto hospitalar (BRASIL, 2020a), com 57,2% de cesáreas como a via de nascimento (BRASIL, 2020b). No setor privado essa taxa é em torno de 88% (CURSINO; BENINCASA, 2020), enquanto a recomendação da OMS é de que seja entre 10% a 15% de cesáreas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996), já que não existe benefício para a saúde de mulheres e recém-nascidos quando essa taxa é superior a esses valores (BETRAN *et al.*, 2016).

Com essas taxas, o Brasil está entre os campeões do mundo em cesarianas, expõe as mulheres e os filhos a maiores riscos de forma desnecessária, o que contribui para o aumento da morbimortalidade materna e neonatal (CURSINO; BENINCASA, 2020); e ainda revela um modelo de atenção obstétrica intervencionista, no qual o uso abusivo e inadequado da tecnologia pode trazer resultados negativos como consequência (CASTRO, 2015).

Segundo Castro (2015), a universalização do parto hospitalar pode ser entendida como uma conquista das políticas públicas para a saúde materno-infantil e da garantia do acesso à assistência hospitalar para todas as mulheres, independente da classe social. Com isso, esperava-se melhoria dos indicadores relativos à assistência obstétrica. Entretanto, o Brasil continua com resultados desfavoráveis em relação à mortalidade materna, mantém altas taxas de cesáreas e oferece assistência obstétrica violenta.

No Brasil, o Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte-MG, é o único que atende parto domiciliar planejado (PDP) pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Iniciou esse atendimento em 2014. Uma equipe é disponibilizada pelo hospital para assistir a gestante em sua residência, mas o número de PDP ainda é pequeno (SANTOS, 2016). Portanto, podemos compreender que a gestão dessa instituição desenvolve uma política pública de saúde com foco na defesa de uma assistência que preconiza o protagonismo feminino, valorizando o direito da mulher em escolher onde e como vai parir.

Entende-se como PDP a assistência prestada à mulher durante a gestação, parto e puerpério imediato, no ambiente domiciliar, realizado por profissional qualificado, registrado em Conselho de Classe e de escolha da mulher. As ações a serem desenvolvidas no período gestacional e parturitivo são definidas por meio de protocolos, sendo imprescindível que se garanta uma rede de suporte em situações de necessidade de transferência materna e/ou neonatal (KOETTKER, 2010).

Em países como a Holanda, Austrália, Canadá, Nova Zelândia e Inglaterra, esse tipo de atendimento é custeado e estimulado pelo sistema público de saúde (KOETTKER; BRÜGGEMANN; KNOBEL, 2017). Em locais como nesses países citados, os serviços de obstetrícia são bem integrados ao sistema de saúde, e as evidências mostram que o parto domiciliar ou em um centro de parto normal é tão seguro quanto o parto hospitalar, para gestantes de risco habitual (SANFELICE *et al.*, 2014; BOURGEOIS *et al.*, 2020), além de representar uma experiência satisfatória às mulheres e familiares e ser visto como um serviço potencialmente menos oneroso ao estado (SANFELICE *et al.*, 2014).

O PDP está em ascensão no Brasil, mas ainda é uma opção pouco explorada. Certamente representa uma forma de contestação ao atendimento obstétrico convencional e de tentativa por

parte das mulheres em vivenciar um parto digno, respeitoso e humano (SANFELICE; SHIMO, 2014).

Koettker, Brüggemann e Knobel (2017) apontam que o aumento do número de casos de partos domiciliares é uma tendência mundial, o que vem sendo observado também em algumas cidades brasileiras como Florianópolis, São Paulo, Rio de Janeiro e Campinas.

Já na Bahia, em 2020, somente 0,56% (1063) dos partos foram domiciliares e 96,3% (182.075) foram hospitalares (46,9% cesáreas). Em Feira de Santana-BA, 99,3% (9.401) foram partos hospitalares (59,3% cesáreas) e apenas 0,34% (33) foram partos domiciliares (BRASIL, 2020c, 2020d). Nesse município, até outubro de 2020, o hospital era a única opção no âmbito do SUS para a assistência ao parto, quando foi inaugurado o Centro de Parto Normal no Hospital Inácia Pinto dos Santos (Hospital da Mulher). Embora seja um avanço para a assistência ao parto nesse município, este CPN ainda mantém algumas características de parto hospitalar, funcionando como uma extensão do Centro Obstétrico.

Em Salvador-BA, 97,6% (29.421) foram partos hospitalares (49,3% cesáreas) e apenas 0,6% (183) foram partos domiciliares (BRASIL, 2020c, 2020e). Nesse município, as opções para a assistência ao parto pelo SUS são os hospitais/maternidades e Centros de Parto Normal. Essas cidades contam com profissionais que prestam atendimento domiciliar de forma particular/privada.

Sendo assim, percebemos que, em Feira de Santana-BA e Salvador-BA, as mudanças quanto ao local de nascimento estão ocorrendo lentamente, pois o número de PDP ainda é reduzido. Essa realidade pode ser atribuída ao custo elevado desse tipo de assistência, pela visão da maioria de que o parto é um evento que necessita de intervenções medicamentosas e cirúrgicas, bem como pela falta de informação a respeito da segurança e dos benefícios do PDP. Além disso, a mulher que opta por essa assistência pode não receber apoio do companheiro e familiares e assim sentir-se insegura para sustentar essa decisão.

Os dados de âmbito nacional, estadual e municipal, citados anteriormente, revelam o acesso quantitativamente ampliado aos serviços de saúde para a assistência ao parto, mas traduzem também o elevado número de cesarianas, que em sua maioria são desnecessárias (LESSA *et al.*, 2014a). A pequena porcentagem de partos domiciliares demonstra o discreto crescimento de nascimentos que são planejados para acontecerem em casa e assistidos por profissionais habilitados (entretanto, não demonstram a realidade dessa assistência, já que não existe um registro específico para ela). Ao mesmo tempo, representa nascimentos de urgência e/ou não planejados devido à falta de acesso e/ou acesso precário e tardio aos serviços de saúde (KOETTKER, 2016; SANFELICE; SHIMO, 2014).

A procura pelo PDP está presente principalmente nos grandes centros urbanos, mesmo onde o acesso aos serviços de saúde está disponível, sendo buscado por mulheres que se mostram insatisfeitas com o modelo atual da assistência, que buscam a possibilidade da presença familiar, que reivindicam as práticas baseadas em evidências e rejeitam a violência obstétrica. Pode estar relacionada, também, com a possibilidade de evitar intervenções desnecessárias, ter vivenciado uma experiência hospitalar negativa no parto anterior, necessidade de ter mais autonomia e liberdade, e estar em um ambiente confortável e familiar (FEYER; MONTICELLI; KNOBEL, 2013; MOREIRA *et al.*, 2017; SILVA, 2018). Nessa perspectiva, o PDP se apresenta como uma opção frente ao modelo obstétrico atual – tecnocrático, biomédico e hospitalocêntrico.

No ano de 2020, outro motivo que levou as mulheres a pensarem no domicílio como possibilidade de local para o parto, mesmo entre aquelas que nunca cogitaram essa opção, foi a pandemia pelo Coronavírus, que provoca a doença COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*). O medo da contaminação, a superlotação, a imposição de restrição ao acompanhante e a doula no ambiente hospitalar foram/são os principais fatores motivadores para essa escolha. Esse fenômeno está ocorrendo tanto no Brasil como nos Estados Unidos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2020; CORRÊA, 2020; DAVIS-FLOYD; GUTSCHOW; SCHWARTZ, 2020; HOSHINO, 2020).

Nos últimos anos, o parto domiciliar tem sido alvo de crescentes discussões na mídia, nas redes sociais, entre os conselhos profissionais de saúde e nos mais diversos setores da sociedade. A discussão ocorre por ser considerada, para a medicina moderna, uma opção de retrocesso diante de tantos avanços e recursos tecnológicos que a saúde dispõe atualmente, de forma a supostamente colocar em risco a saúde de mãe e filho. Desse modo, os diferentes olhares acerca do transcurso do parto e nascimento se confrontam (SANFELICE; SHIMO, 2014).

Entretanto, desde 1996, a OMS afirma que parto de baixo risco pode ser assistido em domicílio, desde que a assistência seja realizada por profissional qualificado (médico, enfermeira obstetra e obstetrix) e com plano de transferência quando necessário (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004). De forma semelhante, a *International Federation of Gynaecology and Obstetrics* (IFGO) recomenda que a mulher tenha o parto onde sinta segurança e no nível mais periférico, que pode ser o seu domicílio (INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNAECOLOGY AND

OBSTETRICS, 1992). Tal orientação se mantém até os dias atuais (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2017).

A motivação em pesquisar a assistência à mulher no transcurso parturitivo vem desde a graduação de Enfermagem realizada na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Como trabalho de conclusão do curso, realizei a pesquisa “Vivência de mulheres acerca da presença do acompanhante no trabalho de parto, parto e puerpério imediato”, pois durante as práticas do componente curricular Enfermagem em Saúde da criança, adolescente e mulher II, percebi que o direito da mulher em ter acompanhante durante o transcurso parturitivo, previsto na Lei 11.108 (regulamentada pela Portaria nº 2.418 de 07/04/2005), muitas vezes não era cumprido, principalmente durante o trabalho de parto e parto, o que demonstrava a desconsideração, por parte das instituições e profissionais, dos benefícios que a presença de acompanhante proporciona e o desconhecimento das mulheres quanto os seus direitos (PEIXOTO, 2014).

Esse interesse se manteve e enquanto residente em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), realizei o estudo intitulado: “Métodos não farmacológicos para indução do trabalho de parto: revisão integrativa”, com o intuito de encontrar práticas cientificamente comprovadas e que pudessem ajudar as mulheres que necessitavam da indução, já que elas relatavam que esse procedimento no ambiente hospitalar e com métodos farmacológicos era demorado e sofrido (PEIXOTO, 2019).

Outra experiência que colaborou para a motivação foi prestar assistência às mulheres em transcurso parturitivo, durante a residência e como professora do estágio curricular da Especialização em Enfermagem Obstétrica de uma faculdade da cidade de Feira de Santana, quando pude perceber a imposição de normas e rotinas, a falta de autonomia e ambiência; a exposição à violência institucional e obstétrica que as mulheres enfrentam no contexto hospitalar, assim como a utilização de práticas desatualizadas e sem respaldo em evidências científicas, pela maioria dos profissionais, como: toques vaginais excessivos; puxo dirigido; episiotomia; manobra de Kristeller; amniotomia de forma indiscriminada; administração de ocitocina sem bomba de infusão; internação precoce; ausência de contato pele a pele na primeira hora de vida, entre outras.

E ainda, o contato com profissionais que prestam assistência no contexto domiciliar despertou o meu interesse em trabalhar com a assistência ao PDP e levou-me a refletir sobre como se dá essa assistência, bem como compreender a possibilidade dessa assistência impactar no modelo tecnocrático, biomédico e intervencionista dominante.

Este estudo justifica-se devido à crescente discussão a respeito do parto domiciliar planejado e ao aumento da procura pelas mulheres devido à possibilidade de ser uma alternativa à assistência hospitalar, à tentativa de receber uma assistência respeitosa, bem como produzir conhecimento científico a respeito do tema.

Também conhecer a realidade do parto domiciliar na ótica de mulheres e enfermeiras obstetras em Salvador, capital da Bahia e em Feira de Santana, maior cidade do interior estado, que podem tornar-se referências dessa assistência para todo o estado. Ademais, construir um corpo de saber científico que possa representar para as mulheres um conhecimento acessível, com fácil linguagem por meio de uma cartilha informativa, como também a possibilidade de contribuir para se pensar, posteriormente, na construção de uma política pública do PDP para os municípios estudados.

Portanto, este estudo poderá contribuir para dar visibilidade à assistência obstétrica prestada no contexto domiciliar, bem como descrever os aspectos relacionados à: segurança, vantagens e desafios, além de ajudar mulheres, famílias e profissionais que tenham interesse pelo tema. Também, pode despertar reflexões para gestores e profissionais da prática obstétrica acerca da possibilidade da oferta, pelo SUS, da assistência ao parto e pós-parto imediato em domicílio, bem como motivar o planejamento de ações de melhoria contínua da qualidade da assistência ao parto domiciliar.

Poderá contribuir com a academia, na formação dos futuros profissionais da saúde, no conhecimento e visão crítica a respeito do tema, para suscitar o desejo de construir saberes que possam fortalecer a defesa do parto domiciliar, como política pública e como possibilidade segura para mulheres e famílias.

Sendo assim, este estudo teve como questão norteadora: Como é a vivência do parto domiciliar planejado na ótica de mulheres e enfermeiras obstetras em Feira de Santana-Ba e Salvador-Ba? Para elaboração da questão norteadora, apresentei alguns pré-reflexivos: Quais as práticas realizadas pelas enfermeiras obstetras no contexto domiciliar, antes e durante a pandemia da COVID-19? Quais as características sociodemográficas e obstétricas das mulheres assistidas nesse contexto e das enfermeiras obstetras que realizam a assistência? Como é a vivência das mulheres e das enfermeiras obstetras na assistência ao parto domiciliar planejado? Quais as principais intercorrências e/ou motivos de transferência para o hospital/maternidade?

E para responder à questão norteadora desta investigação, foi definido como objetivo geral: Compreender a vivência do parto domiciliar planejado na ótica de mulheres e enfermeiras obstetras; e como objetivos específicos: Conhecer as práticas das enfermeiras obstetras no contexto domiciliar antes e durante a pandemia da COVID-19; descrever as características

sociodemográficas e obstétricas das mulheres e enfermeiras obstetras; desvelar a vivência das mulheres e enfermeiras obstetras na assistência ao parto domiciliar planejado; apresentar as principais intercorrências e/ou motivos de transferência para o contexto hospitalar.

2 ESTADO DA ARTE

A construção do estado da arte é caracterizada pela seleção de produções científicas que permitem identificar e discutir como determinado conhecimento ou fenômeno tem sido estudado e interpretado.

Dessa forma, fizemos um caminho para encontrar publicações sobre o objeto de estudo “parto domiciliar planejado na ótica de mulheres e enfermeiras obstetras” a fim de construir o estado da arte. Para isso, foi realizada uma busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) nas seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

Como estratégia de busca, foram utilizados os descritores: “parto domiciliar”; “enfermeiras obstetras”; “mulheres”; e “COVID-19” de acordo com o decs/mesh. O operador booleano “and” foi utilizado para associar: “parto domiciliar” AND “enfermeiras obstetras”, “parto domiciliar” AND “mulheres” e “parto domiciliar” AND “COVID-19”. Foi utilizado também o termo “parto domiciliar planejado”. Os seguintes filtros foram aplicados para refinar a busca: texto completo disponível, idioma em português e inglês, período de publicação nos últimos dez anos, o que compreende os anos de 2012 a 2022. Esse período foi utilizado porque um gráfico disponível na PubMed demonstra que durante esses anos houve um maior número de publicações quando pesquisado o descritor “home childbirth” que é o descritor em inglês para “parto domiciliar”. A PubMed é uma plataforma de busca da National Library of Medicine que reúne registros, em sua maioria, da base de dados MEDLINE. Dessa forma, a busca nessa plataforma não se fez necessária, pois a MEDLINE já foi contemplada na busca da BVS.

Como critérios de inclusão, os artigos deveriam estar escritos em português ou inglês, com conteúdo disponível na íntegra e gratuitamente. Os critérios de exclusão foram: estudos de revisão, relatos de caso, cartas, boletins epidemiológicos, editoriais e comentários.

O descritor “parto domiciliar” resultou em 917 publicações. Desse total foram selecionadas 125 publicações após a leitura dos títulos. Dessas, após a leitura dos resumos e texto completo, foram selecionadas 33 publicações. As exclusões deveram-se a artigos repetidos, não disponíveis de forma gratuita, estudos de revisão, cartas, editoriais, comentários e temática não condizente.

A busca com os descritores “parto domiciliar” AND “enfermeiras obstetras” resultou em 111 publicações. Desse total foram selecionadas 36 após a leitura dos títulos. Dessas, após a leitura dos resumos e texto completo, foram selecionadas apenas 04 publicações, pois o

restante incluiu produções repetidas, em relação à primeira seleção; com temática não condizente; estudos de revisão e artigos não disponíveis de forma gratuita.

A busca pelos descritores “parto domiciliar” AND “mulheres” resultou em 186 produções científicas. Desse total foram selecionadas 35, após a leitura dos títulos. Após a leitura dos resumos e texto completo, foram selecionadas 03 publicações. Foram excluídas aquelas repetidas das buscas anteriores, com temática não condizente e estudo de revisão.

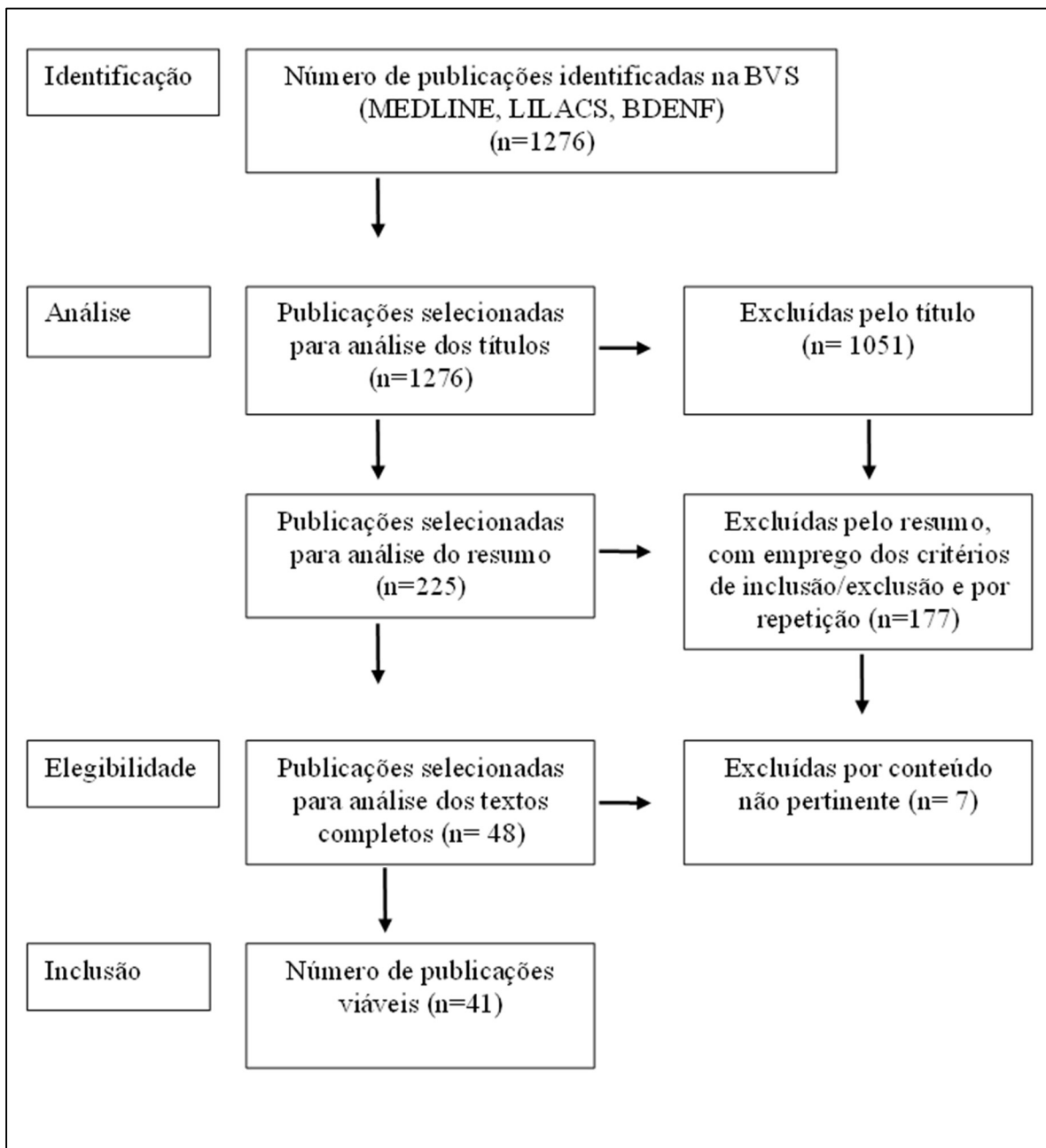
A associação dos descritores “parto domiciliar” AND “COVID-19” resultou em 27 publicações. Desse total foram selecionadas 05, após a leitura dos títulos. Após a leitura dos resumos e texto completo, foi selecionada 01 produção. Os demais foram excluídos por serem editorial e carta.

Utilizamos também o termo “parto domiciliar planejado” que resultou em 35 publicações. Dessa busca, 24 produções foram selecionadas pelo título, porém 1 foi excluída após a leitura do resumo e 23 já tinham sido selecionadas anteriormente. Sendo assim, nenhuma publicação foi selecionada.

No geral, essas buscas totalizaram 1.276 produções científicas. No entanto, apenas 41 foram viáveis para o estudo.

Fluxograma de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA) (Figura 01).

Figura 01 – Etapas de seleção para a construção do Estado da Arte



3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesta seção será abordada a evolução das políticas e programas de atenção à saúde materno-infantil e de humanização no parto, assim como a evolução do cuidado à mulher no transcurso parturitivo, a incorporação deste saber pela medicina e a transferência do parto para o ambiente hospitalar; o parto domiciliar planejado como alternativa segura à assistência hospitalar, bem como a repercussão da pandemia da COVID-19 na assistência ao parto domiciliar planejado.

3.1 Políticas de atenção à saúde materno-infantil e humanização na assistência ao parto

No século XX e até meados dos anos 70, a mulher era assistida de forma limitada, reducionista e fragmentada, com foco na gravidez, parto e puerpério, o que caracterizava um distanciamento entre as medidas adotadas e as necessidades das mulheres (OLIVEIRA, 2016). Isso pode ser observado com o Programa Materno-Infantil (PMI) que tinha como propósito contribuir para a redução da morbimortalidade da mãe e da criança, por meio do preparo de infraestrutura de saúde, melhoria da qualidade de informações, estímulo ao aleitamento materno e garantia da suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna e infantil, bem como da orientação às mulheres sobre planejamento familiar e métodos contraceptivos (CASTILHO, 2003).

Nesse período, como a prioridade era a saúde materno-infantil, foram instituídos, por meio das Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, programas para a assistência ao parto, puerpério e gravidez de risco, como o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), com ênfase na relação entre a nutrição infantil, gestantes, puérperas, parturientes e mulheres em idade fértil; além do Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco, com a finalidade de prevenir as gestações de alto risco (JORGE *et al.*, 2014).

Nesse sentido, o movimento feminista reivindicou a incorporação, às políticas de saúde da mulher, de questões como gênero, trabalho, desigualdade, sexualidade, anticoncepção e prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), que não eram contempladas pelo paradigma dominante centrado no controle reprodutivo (OLIVEIRA, 2016).

A luta pela atenção integral à saúde da mulher surge num contexto brasileiro marcado pela democratização, participação social e numa concepção humanitária e inclusiva das políticas de saúde, base da estruturação do projeto da Reforma Sanitária, que deu origem ao SUS (PROGIANTI; MOUTA; SANTOS, 2011).

Foi nesse contexto que, a partir da década de 80, as políticas de atenção à saúde da mulher passaram a tratar a saúde de forma integral, iniciando-se com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, que visou contemplar a assistência à mulher de forma integral, desde a adolescência até a terceira idade (JORGE *et al.*, 2014), incluindo os aspectos clínico e ginecológico, com medidas educativas, preventivas, de promoção, diagnóstico, tratamento e recuperação nos âmbitos da ginecologia, pré-natal, parto e puerpério, planejamento familiar, climatério, IST e câncer de mama e colo de útero.

Vale ressaltar que entre as diretrizes recomendadas pelo PAISM, encontrava-se a de adotar medidas para a melhoria da qualidade do parto domiciliar assistido pelas parteiras tradicionais, por meio de treinamento, supervisão, fornecimento de material de parto e estabelecimento de mecanismos de referência (BRASIL, 1984).

Apesar do avanço representado por esses programas, foi necessária, em 2004, a instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), pelo MS, que adota o conceito de saúde integral, de forma a atender à mulher em todas as etapas de vida, ou seja, incorpora enfoque de gênero, integralidade e promoção da saúde como princípios norteadores, além de buscar consolidar avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (segmentos que estavam à margem dos serviços de saúde), o que reflete o compromisso em programar ações para garantir os direitos das mulheres e reduzir agravos por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2004a).

Da instituição do PAISM até a implementação da PNAISM, reflexões foram necessárias para que a sociedade compreendesse o conceito da mulher contemporânea, livre, independente e com plenos poderes de exercer suas capacidades nos vários contextos sociais, sob o amparo da Constituição, como o direito inalienável de vivenciar sua sexualidade e optar pela não maternidade (BRASIL, 2004a).

Na prática, a integralidade da assistência não é efetivamente implementada, já que no SUS existem dificuldades em assistir às especificidades das profissionais do sexo, mulheres indígenas, lésbicas e presidiárias e à mulher com demandas específicas do climatério, da infertilidade, saúde mental e saúde ocupacional (FREITAS *et al.*, 2009).

Porém, por mais que existam dificuldades para garantir a assistência integral, as políticas de atenção à saúde da mulher foram formuladas nacionalmente por meio de discussões complexas e ampliadas, com participação das usuárias, contribuindo imprescindivelmente para o processo de transformação do paradigma da saúde dessa população. Apesar dos avanços notáveis, esse processo é dinâmico e acompanha a transformação da sociedade. Por isso, é

inexaurível. Podemos afirmar que cada política dessa construção histórica permitiu evolução singular no processo geral pela busca da saúde da mulher (FREITAS *et al.*, 2009).

De forma concomitante à preocupação de assistir às mulheres de forma integral, as políticas também objetivaram intensificar e avançar em questões ainda deficientes com relação à promoção da saúde materno-infantil (OLIVEIRA, 2016), já que, no cenário mundial, assim como no Brasil, emergiu um movimento contrário à medicalização do parto, com grupos de ativismo pela humanização, liderados por mulheres insatisfeitas com o cuidado obstétrico ou por profissionais com dificuldades para prestar esse cuidado de forma humanizada (LEÃO *et al.*, 2013).

Assim, na tentativa de rediscutir o modelo de assistência ao parto, o MS instituiu diversos projetos, políticas públicas, portarias e leis na área da saúde mulher e da criança, como a portaria de implantação do Alojamento Conjunto (AC); a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC); o Projeto Maternidade Segura; a criação de Centros de Parto Normal (CPN); o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN); o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal; a Lei do Acompanhante; a Rede Cegonha; a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que incentiva a redução do número de cesáreas; o Projeto Parto Adequado (PPA); o Projeto Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice On); a Rede Materna e Infantil (RAMI), entre outros.

A implantação do AC durante a hospitalização da puérpera foi obrigatória a partir de 1993, com a instituição da Portaria GM/MS nº 1016 de 23 de agosto, que promove e fortalece a criação de vínculo entre a mãe e o filho, assim como estimula o aleitamento materno e favorece a amamentação prolongada (BRASIL, 1993).

Outra iniciativa do MS, que visa prevenir o desmame precoce, foi a IHAC, em 1994. Essa iniciativa foi idealizada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e objetivou mobilizar profissionais de saúde, funcionários de hospitais e maternidades para mudar as rotinas e condutas e elaborou os “dez passos para o sucesso do aleitamento Materno”. Como estímulo, a instituição credenciada como IHAC vinculada ao SUS recebe pagamento diferenciado: 40% a mais em atendimentos pré-natal e 10% na assistência ao parto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

Um importante marco para o movimento de humanização foi a criação da Rede de Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) – organização da sociedade civil que atua desde 1993 em todo o Brasil, com objetivo principal de divulgar a assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas. Pretende diminuir as intervenções desnecessárias

e promover o cuidado à gravidez, ao parto, nascimento e amamentação, baseado na compreensão de que é um transcurso natural e fisiológico. A partir da criação da REHUNA, nas décadas seguintes, intensificaram-se ações e estratégias do governo, com o intuito de devolver às mulheres o protagonismo durante o parto e nascimento (OLIVEIRA, 2016).

Como uma das estratégias, o governo brasileiro elaborou o Projeto Maternidade Segura em 1995, como recomendação da OMS sobre a necessidade de humanização da assistência ao parto. Esse projeto tinha o objetivo de elevar a qualidade do atendimento à saúde materno-infantil, reduzir a morbimortalidade e preconizava um modelo de atenção ao parto e nascimento menos intervencionista e mais humanizado (TELES *et al.*, 2010).

Com objetivos semelhantes aos do Projeto Maternidade Segura, o MS instituiu a criação do Centro de Parto Normal (CPN) para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal (BRASIL, 1999). Os CPN se configuram como um local similar ao ambiente doméstico e familiar, uma alternativa ao parto hospitalar, que dispõe de todos os recursos para a assistência ideal e remoção imediata da mulher ou do RN quando necessário, se distanciando do modelo medicalocêntrico, já que não precisa da figura do profissional da medicina para o seu funcionamento. A equipe mínima deve ser constituída por uma enfermeira obstetra, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais e 01 um motorista de ambulância (BRASIL, 1999).

A maior visibilidade do movimento de humanização foi alcançada com a instituição do Programa de Humanização ao Parto e Nascimento (PHPN) por meio das Portarias MS/GM 569, 570, 571 e 572, de 01 de junho de 2000. O modelo de atenção dominante nesse ano já era o tecnocrático e biomédico, que diminuía a confiança na habilidade inata da mulher parir sem intervenções, que em sua maioria, eram utilizadas com pouca ou nenhuma evidência científica (o que pode gerar riscos desnecessários para mãe e RN, aumentar iatrogenia, bem como a separação deles logo após o nascimento e colocar em risco o vínculo iniciado na gestação) (BRASIL, 2001).

Então, esse programa objetivou incentivar o atendimento obstétrico integral, reorganizar a assistência no sentido de melhorar a qualidade e promover o parto com o mínimo de intervenções, incluindo a enfermeira como parte dos recursos humanos para a consulta de pré-natal (BRASIL, 2001). Foi lançado como mais uma estratégia de humanização da assistência e respeito aos direitos maternos, além de compreender que a proposta de mudanças no modelo assistencial era indispensável (BRASIL, 2002).

Mesmo com as políticas de atenção à saúde materna e neonatal, os elevados índices de mortalidade ainda necessitavam ser enfrentados. Por isso, em 2004 foi proposto pelo MS o

Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que objetivou reduzir essas taxas, a partir da articulação dos atores sociais historicamente mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças (MALHEIROS *et al.*, 2012).

Para isso, esse pacto defendeu ações como: a capacitação/formação de enfermeiras obstetras; expansão da atenção básica; qualificação e humanização da atenção ao planejamento reprodutivo, ao pré-natal, ao parto, nascimento e abortamento; apoio à criação dos CPN; garantia ao direito a acompanhante e ao alojamento conjunto; redução das cesáreas desnecessárias; qualificação da assistência ao parto domiciliar e articulação com a atenção básica de saúde (BRASIL, 2004b).

Ainda no sentido de qualificar e humanizar a atenção, em 2005, a portaria nº 1.067 instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Seus objetivos incluíam atenção à mulher desde o início da gravidez de forma a assegurar o bem-estar da mãe e do RN, como sujeitos de direitos e caracterizada por relações entre usuários e profissionais baseadas em princípios éticos para garantir a privacidade, a autonomia e evitar intervenções desnecessárias, bem como compartilhar com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas (BRASIL, 2005a).

De acordo com Silva *et al.* (2011), foi a partir de pressões dos grupos de luta pela melhoria da assistência obstétrica brasileira, como a REHUNA, a Rede Nacional Feminista de Saúde e a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstetras (ABENFO) que se construiu o Dossiê de Humanização do Parto em 2002, culminando na criação de uma nova lei de amparo à parturiente. Então, em 2005, foi aprovada e sancionada a Lei 11.108, chamada Lei do Acompanhante, que garante às parturientes a possibilidade de escolher um acompanhante para estar com elas durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato, no âmbito do SUS e da rede própria ou conveniada (BRASIL, 2005b). Ela foi regulamentada por meio da Portaria nº 2418 de 2005, sendo estabelecido um prazo de seis meses para que as instituições tomassem as providências necessárias para cumpri-la (BRASIL, 2005c).

Entretanto, diante da minha vivência na assistência às mulheres, além de relatos compartilhados por pessoas próximas e pela pesquisa realizada na graduação, percebi que muitas instituições se recusavam a permitir a permanência de acompanhante no transcurso parturitivo, principalmente durante o trabalho de parto e parto, ou restringiam a possibilidade somente para acompanhantes do sexo feminino.

As justificativas fornecidas eram diversas, como falta de estrutura; medo por parte dos profissionais de se sentirem ameaçados, de serem observados/vigiados e serem questionados a respeito das suas condutas; falta de preparo por parte da instituição e/ou profissionais para

receberem os acompanhantes; normas institucionais inflexíveis que vão de encontro com a determinação da lei e falta de privacidade, para as mulheres, quando o acompanhante é do sexo masculino.

Percebe-se, então, que o processo de readequação e qualificação da assistência continuaram com a Rede Cegonha, instituída por meio da portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, com o intuito de fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com foco em: atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses; organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil que garanta acesso, acolhimento e resolutividade; redução da mortalidade materna e infantil; e estímulo à atuação da enfermeira obstetra por meio da ampliação das casas de parto, centros de parto normal e incentivo à formação dessa profissional (BRASIL, 2011b).

Esses objetivos seriam atingidos com ações de ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal, da vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito a acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, da atenção à saúde das crianças de 0 a 2 anos e do acesso às ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011b).

Com a manutenção das elevadas taxas de cesariana por sucessivos anos, em torno de 50% no âmbito do SUS e acima de 80% na rede privada, o que contraria a recomendação da OMS de 15%, a ANS estabeleceu a Resolução Normativa nº 368 em 2015, que incentiva a redução dessas taxas a partir de medidas como: aumento da informação pelas consumidoras sobre as taxas de cirurgias cesarianas e partos normais realizados pelo médico; obrigatoriedade de fornecimento do cartão da gestante pelas operadoras de planos de saúde, de acordo com o estabelecido pelo MS; e o estímulo ao uso do partograma (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016).

Além disso, também em 2015, a ANS em iniciativa conjunta com o Hospital Israelita Albert Einstein e o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) elaboraram o Projeto Parto Adequado (PPA), para hospitais privados, com o objetivo de elaborar, testar, avaliar e disseminar, entre as instituições participantes, as práticas de atenção ao parto baseadas em evidências que contribuam para a valorização do parto normal e a redução de cesarianas desnecessárias (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016).

Outra iniciativa do MS foi a implementação do Projeto Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice On), em 2017. Esse projeto visou “qualificar os processos de atenção, gestão e formação relativos ao parto, nascimento e ao

abortamento nos hospitais com atividades de ensino, incorporando um modelo com práticas baseadas em evidências científicas, humanização, segurança e garantia de direitos” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2017, p.3).

Em 24 de fevereiro de 2021, a ANS aprovou a Resolução Normativa Nº 465, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Com isso, passa a ser obrigatória aos planos de saúde, a cobertura de consultas realizadas por enfermeira obstetra ou obstetrix, especificamente para a assistência às gestantes de risco habitual, sendo até seis consultas de pré-natal e até duas de pós-parto, desde que sejam solicitadas por um médico (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2021a).

Essa determinação se configura como um avanço para a assistência à saúde da mulher, com o acesso a uma assistência multiprofissional e com práticas baseadas em evidências científicas, já que a assistência por essas profissionais é eficaz e segura, além de trazer inúmeros benefícios como: redução do risco de parto prematuro, de morte fetal/neonatal, do número de intervenções e aumento da satisfação das mulheres com a assistência, entre outros (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2021b).

Recentemente, em abril de 2022, o Ministério da Saúde anunciou a instituição da Rede Materna e Infantil (RAMI) por meio da Portaria nº 715, de 04 de abril de 2022 (BRASIL, 2022a), em substituição à Rede Cegonha, considerada uma política pública de assistência ao pré-natal, parto e puerpério bem sucedida do Brasil.

Percebe-se que a preocupação com a humanização e qualidade da assistência às mulheres não é algo recente. Entretanto, apesar de todos esses movimentos de mudanças que aconteceram nas últimas duas décadas, observa-se que muitos entraves têm dificultado os avanços na assistência ao parto e nascimento, como: a dificuldade de acesso, a persistência da medicalização no nascimento, o uso de intervenções/práticas assistenciais sem evidências científicas, o financiamento insuficiente do SUS; a deficiente regulação do sistema de saúde; a fragmentação das ações e dos serviços de saúde; a persistência das taxas elevadas de morbimortalidade materna e infantil, a expressiva frequência de tratamentos hostis com a mulher em trabalho de parto e parto, em hospitais públicos e privados de todo o país (OLIVEIRA, 2016). Sendo assim, a necessidade de mudança no modelo obstétrico brasileiro é reafirmada.

A proposta de humanização da assistência ao parto vem reconhecer a autonomia da mulher, bem como a óbvia necessidade de atuar nesse momento com práticas que sejam fundamentadas em evidências científicas e que permitam aumentar a segurança da parturiente e o bem-estar do recém-nascido. Diante deste pressuposto de necessidade de mudança nos

paradigmas que permeiam a assistência ao parto, o PDP se configura como uma possibilidade de atender às determinações das estratégias lançadas pelo estado brasileiro, a fim de humanizar o cuidado ao parto e nascimento e qualificar a assistência às mulheres durante a gestação e o transcurso parturitivo.

Entretanto, o direito à escolha do local de parto ainda não é uma realidade para todas no Brasil, já que o SUS não oferece a possibilidade de PDP em seu quadro de procedimentos (com exceção do Hospital Sofia Feldman), o que restringe essa assistência às mulheres que têm condições financeiras para pagá-la, diferente do que ocorre no âmbito internacional, no qual as mulheres devem ter acesso às informações de qualidade para que possam escolher, de forma consciente, o local de parto – seja em domicílio, casa de parto ou hospital, onde se sintam mais seguras, como recomenda a OMS (CURSINO; BENINCASA, 2020).

3.2 Medicalização e institucionalização do parto

A história do parto e nascimento traz a figura da parteira como pessoa responsável pelo cuidado nesse momento, junto a outras mulheres do convívio da parturiente, além de considerar o domicílio como local do parto, o que, durante muito tempo, foi visto com naturalidade pela sociedade. O parto consistia em um evento feminino, familiar e doméstico.

O crescente envolvimento dos médicos no cuidado ao pré-natal, parto e pós-parto constitui um período relevante na história do parto e nascimento e marca o início da medicalização e da institucionalização do parto. Esse processo se iniciou na Europa por volta dos séculos XVII e XVIII, e no Brasil, no início do século XIX, em 1808, com a transferência da corte portuguesa e com a inauguração das escolas de medicina e cirurgia na Bahia e no Rio de Janeiro (SOUZA, 2005).

As parteiras, comadres ou aparadeiras eram de inteira confiança das mulheres. Eram consultadas sobre diversos temas, como cuidados com o corpo, infecções sexualmente transmissíveis, detinham conhecimento empírico e prestavam assistência durante a gestação, parto e puerpério, bem como os cuidados ao recém-nascido (BRENES, 1991).

Segundo Domingues (2002), o parto ficava sob a responsabilidade das parteiras e somente em casos que houvesse complicações ou dificuldades, os cirurgiões-barbeiros (ou cirurgiões-parteiros) eram chamados para intervir. Porém, na maioria das vezes, essas intervenções não eram eficazes, assim como as das parteiras.

A partir da experiência dos cirurgiões em atender os partos complicados, explica-se o grande interesse da medicina pela patologia dos partos. A obstetrícia, como especialidade, surge

na primeira metade do século XIX nas faculdades de medicina europeias e brasileiras. Nesse período, a mulher era definida com base no determinismo biológico, centrado no útero e na descrição de sua vida como uma sequência de fenômenos fisiopatológicos, dentre eles a gravidez e o parto (MAIA, 2010).

A figura do médico não fazia parte da realidade dos hospitais. As pessoas que trabalhavam nesses locais eram religiosas ou leigas que prestavam cuidados aos pobres e almejavam transformação espiritual e salvação das almas (inclusive as suas). Porém, a introdução de práticas disciplinares no espaço dos hospitais com a intenção de transformá-lo em lugar de cura, possibilitou a sua medicalização. Com isso, a presença do profissional de medicina no hospital se intensifica e torna esse local em espaço de produção e acúmulo de saberes, de constituição da clínica como essencial na formação dos profissionais médicos, como também de cura. Assim, a medicina se tornou um saber hegemônico, em todas as situações e possibilidades, inclusive na prática da parturição (SOUZA, 2005).

Inicialmente, os partos hospitalares eram atendidos nas enfermarias dos hospitais gerais. A criação de um local específico (maternidade) para essa assistência só ocorreu no final do século XIX, com o objetivo de dispor de um espaço para o ensino e prática da assistência às mulheres e um lugar onde elas sentissem segurança para parir. Nesse momento, os médicos obstetras se empenharam para transformar o parto em um evento restrito às maternidades e controlados por eles, mas isso só se efetivou na metade do século XX (MAIA, 2010).

Havia resistência por parte das mulheres em relação ao internamento nas enfermarias de parto. Dessa maneira, a consolidação do ensino de obstetrícia e cirurgia foi dificultada pela falta de pacientes, o que levou a classe médica a assumir estratégias na tentativa de construir uma imagem do médico que transmitisse confiança para a população e também de “controlar” os nascimentos através da instalação de práticas de vigilância, como a obrigatoriedade dos registros de nascimento, de modo a monitorar quem nascia, quem paria, onde e por quem havia sido atendido (BRENES, 1991).

Apesar dos esforços para legitimar o saber e a prática médica e para deslegitimar as mulheres que detinham o conhecimento informal do cuidado ao corpo, da cura de doenças e da parturição, Mott (2001), afirma que o parto ser atendido por um médico, independentemente do local, seja nas maternidades ou nas residências, não era sinônimo de segurança.

Devido ao pouco conhecimento, a medicina cometeu equívocos, contribuindo muitas vezes para a elevação das taxas de mortalidade materna e neonatal (TORNQUIST, 2004). O aumento das mortes maternas, relacionadas aos partos hospitalares, por infecção puerperal em 1870, começou a ser enfrentado com medidas simples como o isolamento das mulheres

infectadas e a higienização das mãos dos médicos com água, escova e sabão (MAIA 2010; MOTT, 2001).

A hospitalização foi um processo longo e tenso, sendo que não havia diferenças significativas entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos, já que tanto na Europa, nos Estados Unidos e mesmo na América Latina, os hospitais eram destinados àquelas pacientes com iminência de morte. Então, a adesão das mulheres era difícil, pois não viam o hospital como lugar de nascimento, mas sim de morte (TORNQUIST, 2004).

No início desse processo, o costume de chamar o médico para o atendimento domiciliar do parto permaneceu entre as elites e classes médias urbanas. Já as mulheres pobres que ainda tinham alguns recursos, recorriam às parteiras. Somente as que se viam na miséria e no abandono recorriam às enfermarias dos hospitais (MAIA, 2010).

Nesse sentido, segundo Maia (2010), a assistência obstétrica brasileira permaneceu no domicílio até o fim do século XIX, sendo que a maioria da população, de menor condição socioeconômica, continuou com as práticas tradicionais até o início do século XX.

Segundo Quitete (2015), os efeitos da 2ª Guerra Mundial em 1945 foram decisivos para a transição do parto do domicílio para o hospital. As novas tecnologias como a anestesia, cirurgia, assepsia, antibióticos, episiotomia e o fórceps profilático, atraíram as mulheres de forma a se sentirem mais seguras dentro dos hospitais, além de transformarem o parto numa oportunidade para o aprendizado médico. Assim, o parto se tornou um procedimento médico, cada vez mais complexo e eminentemente cirúrgico, fato que colaborou para a exclusão das parteiras dessa assistência.

Para Tornquist (2004), o processo de exclusão das parteiras da assistência ao parto se deu também, no final do século XIX, a partir das exigências de escolaridade e profissionalização dessas mulheres nos moldes médicos, além da desconfiança da população, gerada pela publicidade dos casos de denúncias contra elas. Sendo assim, neste processo de mudanças, além do deslocamento do parto para outro ambiente, também foram deslocados os saberes femininos, leigos e especializados, o que subalternizou as mulheres (parteiras, comadres, curiosas e parteiras examinadoras) que prestavam a assistência. A atuação das parteiras de forma independente foi limitada e o seu espaço de atuação foi restringido e controlado (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

A incorporação da obstetrícia pela medicina permitiu a inserção da figura médica masculina no saber e na sua prática, antes majoritariamente femininos (BRENES, 1991). O ingresso desses profissionais na assistência foi justificado, ao tratarem a gestação e o parto como eventos patológicos. A sua presença seria necessária, já que, teoricamente, possuíam

conhecimento científico do corpo feminino e capacidade técnica para realizar manobras obstétricas, além de utilizar instrumentos e medicamentos para auxiliar no parto (BARRETO, 2008). Assim, fundamenta-se a hegemonia da medicina e fortalece a medicalização do corpo feminino. O hospital, por sua vez, torna-se o espaço que legitima o controle do corpo da mulher pela medicina e efetiva a dominação masculina com a retirada do protagonismo da mulher no âmbito do parto (MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2012).

A transição do local de nascimento, da casa para o hospital, incluiu várias mudanças. De evento fisiológico, familiar e social, o parto transformou-se em ato médico e institucional, no qual o risco de patologias e complicações se tornou a regra e não a exceção. Inaugura-se o modelo tecnocrático de assistência ao parto (que predomina até os dias atuais), de forma que o parto hospitalar e medicalizado tornou-se sinônimo de modernidade, segurança e ausência de dor (MAIA, 2010). Para Domingues (2002), essa mudança possibilitou à obstetrícia médica restringir a competição com as parteiras, estabelecer o controle médico sobre as pacientes e permitir o treinamento dos novos médicos.

Embora a medicalização e institucionalização do parto tenha se consolidado, um movimento de resistência, iniciado a partir dos anos 70, busca a humanização e o resgate do parto na qualidade de evento fisiológico. Esse movimento influenciou algumas possibilidades de mudanças que têm sido manifestadas nas últimas décadas, com a instituição de leis, normas regulamentadoras, programas e políticas (como foi abordado no tópico anterior); bem como o retorno da assistência ao parto domiciliar nas cidades, por médicos e enfermeiras obstetras (MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2012).

A casa, como lugar de nascimento, volta então, a fazer parte do cenário urbano contemporâneo (SOUZA, 2005) e o PDP se apresenta como opção para as mulheres que buscam um parto mais natural e independente das rotinas e normas das instituições hospitalares, já que, sob a perspectiva do parto como evento fisiológico, o ambiente ideal para o nascimento é o local que ofereça segurança e viabilize a assistência adequada à mãe e filho. Essa possibilidade de ocorrência do parto em ambiente não hospitalar é um tema discutido por profissionais de saúde, organizações, ativistas e leigos que buscam pela humanização da assistência ao parto (MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2012).

Para Souza (2005), uma opção, em um modelo mais compatível com a institucionalização, é a assistência realizada nos CPN, pois simulam o ambiente doméstico e representam um estímulo à redução de cesáreas e à realização do parto vaginal. Porém, esta proposta, assim como o PDP, encontra resistência na comunidade médica, entre outros profissionais de saúde e na sociedade.

Portanto, mesmo diante desse histórico de mudanças no parto e nascimento e das lutas de ativistas em defesa do protagonismo feminino, o meu caminhar acadêmico como enfermeira obstetra permite afirmar que o cenário obstétrico brasileiro ainda é marcado pela medicalização e institucionalização do parto, bem como pela falta de autonomia da mulher em seu transcurso parturitivo. A reconstrução desse cenário é um longo caminho a ser percorrido, porém necessário.

O resgate do parto como evento fisiológico, familiar e da mulher como protagonista do seu gestar e parir, deve ser considerado, obviamente, baseado em evidências e com segurança para a mulher e recém-nascido, independentemente do local de nascimento.

3.3 O parto domiciliar planejado

As transformações ocorridas com a hospitalização e medicalização do parto contribuíram para a destituição da autonomia da mulher, do seu poder de escolha e decisão sobre como e onde aconteceria o parto e de quem estaria ao seu lado durante o transcurso parturitivo (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

Nesse sentido, diante da insatisfação das mulheres com o atual cenário obstétrico – tecnocrático, biomédico e hospitalocêntrico, caracterizado pelas altas taxas de cesarianas e intervenções, da recorrente violência obstétrica, das práticas e condições desumanizadas (CURSINO; BENINCASA, 2020; ZANARDO *et al.*, 2017), o PDP tem crescido em nosso país, principalmente nas grandes cidades, e se apresenta como alternativa segura de local de parto, com elevado grau de satisfação, possibilitando à mulher praticar a sua autonomia, e com a finalidade de se obter uma vivência mais natural e independente das normas e rotinas das instituições hospitalares (CURSINO; BENINCASA, 2020).

No entanto, as ações e programas do MS não incluem estratégias para que a mulher possa escolher pelo PDP e dispor de uma rede formalizada para o suporte hospitalar, em casos de necessidade, para a mulher e/ou RN, ou ainda que essa assistência seja financiada com recursos públicos (KOETTKER, 2016). Portanto, esse modelo de assistência ainda é restrito a uma parte da população que possui condição socioeconômica privilegiada, já que não é oferecido pelo SUS (exceto no Hospital Sofia Feldman), o que o torna inacessível para a maioria das mulheres do Brasil (ALMEIDA, 2018; CURSINO; BENINCASA, 2020; VOLPATO *et al.*, 2020). Além disso, não faz parte da cobertura dos planos de saúde, embora em alguns casos possa haver reembolso (HOSHINO, 2020).

O PDP consiste na assistência domiciliar prestada à mulher durante a gestação, parto e puerpério imediato, por profissional qualificado (enfermeira obstetra, obstetritz ou médico), registrado em conselho de classe e de escolha da mulher, com a garantia de uma rede de suporte, caso haja necessidade de transferência materna e/ou neonatal (KOETTKER, 2010).

O acompanhamento pré-natal pode acontecer paralelo ao realizado com médico obstetra (particular ou pelo plano de saúde) ou com a equipe da Atenção Básica. O pré-natal envolve avaliação clínica, obstétrica e de exames laboratoriais; a troca de informações, fortalecimento do vínculo entre equipe, mulher e família; planejamento do parto, além de permitir que a mulher identifique suas vontades, potencialidades e medos (VOLPATO *et al.*, 2020).

É relevante sinalizar que, durante toda a assistência domiciliar, a equipe dispõe de equipamentos e materiais (detector de batimentos fetais, reanimador manual adulto e neonatal, cilindro de oxigênio, fluidos para reposição volêmica, medicamentos, sondas, fio de sutura, entre outros) para garantir a segurança da assistência e realizar intervenções se houver intercorrência materna ou neonatal (KOETTKER; BRÜGGEMANN; DUFLOTH, 2013).

No puerpério, é realizado também o cuidado clínico com a mãe e RN e são abordadas questões de educação em saúde que envolvem o casal e sua família, com o objetivo de todos compreenderem o porquê dos cuidados prestados e, assim, evitar choques culturais. De modo individualizado, os profissionais buscam atender às necessidades de cada casal (KOETTKER; BRÜGGEMANN; DUFLOTH, 2013). O puerpério é um período complexo, envolve transformações intensas e, assim como a gestação e parto, sofre influência de questões culturais. Todavia, por vezes, é negligenciado pelos profissionais de saúde (COLLAÇO *et al.*, 2016).

A maioria dos protocolos internacionais classifica, como mulheres elegíveis para essa assistência, aquelas com gestação considerada de risco habitual. Ou seja, gestação com feto único, em apresentação cefálica, trabalho de parto desencadeado de forma espontânea, com idade gestacional entre 37 e 42 semanas e sem morbidades. Alguns aceitam uma cesariana prévia, realizada com intervalo mínimo de dois anos da gestação atual, enquanto outros consideram como contraindicação. No Brasil, cada profissional e/ou equipe que assiste ao PDP elabora o seu protocolo, pois não existe um protocolo consolidado como diretriz nacional para esse tipo de assistência. De forma geral, os profissionais brasileiros seguem as mesmas recomendações da maioria dos protocolos internacionais (KOETTKER, 2016).

A OMS e a IFGO respeitam o direito de escolha da mulher com relação ao local de parto. A OMS refere que as mulheres que optam pelo parto domiciliar devem ser gestantes de risco habitual, que sejam assistidas por profissionais qualificados (enfermeiras obstetras, obstetritz, médicos) e que tenham facilidade de transferência em caso de necessidade

(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004). A IFGO (1992) recomenda que a mulher tenha o parto no ambiente que se sinta segura e no nível mais primário, que pode ser o domicílio. Já para o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) (2011), o parto domiciliar está associado a um risco de duas a três vezes maior de morte neonatal. Por isso, considera mais seguros os centros de parto normal e hospitalais. Porém, também recomenda que a assistência no contexto domiciliar seja realizada por profissionais qualificados (citados anteriormente) e com acesso a transporte e hospital de referência.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) corroboram o ACOG, no sentido de considerar o parto hospitalar mais seguro do que o domiciliar. O CFM recomenda que os partos ocorram de preferência em ambiente hospitalar, por se basearem em estudos que apresentam maior segurança neste ambiente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012). A FEBRASGO desaconselha o parto domiciliar, considera o ambiente hospitalar mais seguro e defende este local para a ocorrência do parto com uma equipe de saúde completa (médico obstetra, neonatologista/pediatra, anestesista, enfermeira, técnica de enfermagem e outros profissionais) (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2018).

Essas recomendações refletem a medicalização e estão em distonia com a defesa do protagonismo feminino, desrespeito pelas escolhas da mulher e pela fisiologia do parto, pois fomentam a institucionalização, a visão do parto como evento patológico, como processo mecânico disfuncional, quando afirmam a necessidade de vigilância e intervenções tecnológicas excessivas. Certamente, a assistência multiprofissional é importante no cenário do parto, quando há essa necessidade, visto que, em sua maioria, ocorre de forma fisiológica. E ainda, a assistência multiprofissional não é exclusividade do ambiente hospitalar.

A mais recente publicação do MS sobre as diretrizes para o parto normal informa que a assistência ao parto no domicílio não faz parte das políticas atuais de saúde no país. Por isso, o PDP não pode ser recomendado. No entanto, para as multíparas de risco habitual, afirma que não deve ser desencorajado o planejamento do parto domiciliar, desde que seja assegurado o acesso em tempo hábil e oportuno a uma maternidade, se houver necessidade de transferência. Para as nulíparas, alega que não recomenda pelo maior risco de complicações para a criança. Afirma, ainda, que as evidências oriundas de outros países não necessariamente são aplicáveis ao Brasil (BRASIL, 2017).

Apesar dessa afirmação do MS, não fazer parte das políticas públicas poderia ser uma oportunidade para viabilizar a assistência ao parto domiciliar nesse âmbito e para garantir uma

rede de suporte em caso de necessidade de transferência, e não deixar de recomendá-la, para que o Brasil possa ter dados científicos suficientes para referendar essa afirmação, pois os estudos que discutem a segurança do PDP no Brasil ainda são poucos, mas apontam que as taxas de intercorrência, transferência e intervenções são baixas e a taxa de parto normal é alta, até mesmo quando a mulher já foi submetida à cesariana (KOETTKER; BRÜGGEMANN; KNOBEL, 2017; KOETTKER, 2016). Então, a inexistência de uma política pública não pode ser justificada porque as evidências de outros países não se aplicam no nosso país, mas deve-se valer das evidências já existentes e produzir outras para viabilizar e solidificar a assistência ao PDP, levando-se em conta as especificidades do contexto brasileiro.

Para Frank e Peloso (2013), a segurança do parto domiciliar está relacionada ao planejamento, admissão de gestantes de risco habitual, avaliação adequada do trabalho de parto, parto e pós-parto, assim como à disponibilidade de materiais para qualquer tipo de intercorrência e suporte para transferência. Davis-Floyd, Gutschow e Schwartz (2020) ainda acrescentam que a segurança também está relacionada a como as redes casa-hospital e parteira-obstetra se unem e se coordenam.

No entanto, parte da sociedade brasileira e de profissionais de saúde percebe o parto domiciliar, mesmo quando planejado, como opção que representa maior risco de desfechos maternos e neonatais desfavoráveis (LESSA *et al.*, 2014a). Então acreditam que o hospital é o único lugar seguro. Porém, estudos mostraram que o PDP constitui um modelo de assistência já consolidado em diversos países e apresenta resultados favoráveis para a mãe e RN, o que valida a sua prática e contribui para desconstruir a concepção de que o parto domiciliar oferece maior risco quando comparado ao hospitalar (KOETTKER; BRÜGGEMANN; DUFLOTH, 2013; SANFELICE *et al.*, 2014; SANFELICE; SHIMO, 2014).

A segurança e os desfechos maternos e neonatais dos partos domiciliares são temas de diversos estudos no meio científico internacional e nacional. Koettker, Brüggemann e Knobel (2017) afirmam que a maioria dos achados de estudos publicados no Brasil e em outros países desenvolvidos demonstra que as intercorrências, a necessidade de transferência e de cesariana são baixas.

Os estudos internacionais realizados por McIntyre (2012), Cheyney *et al.* (2014), Homer *et al.* (2014) e Elder, Alio e Fisher (2016), demonstraram resultados maternos e neonatais favoráveis para o PDP, assim como menor número de intervenções.

Em seu artigo de revisão, McIntyre (2012), traz que as gestantes de risco habitual que optam pela assistência domiciliar ou em casas de parto, com *midwife*¹(parteira), são submetidas a menos intervenções, apresentam maior chance de ter parto normal do que as que optam pelo parto em hospital e não há diferença na mortalidade perinatal. No entanto, reforça que o treinamento dos profissionais é imprescindível para identificação e tratamento eficiente das possíveis complicações.

No estudo de coorte realizado nos Estados Unidos, por Cheyney *et al.* (2014), com 16.924 gestantes de risco habitual que planejavam parir em casa, 93,6% das mulheres tiveram parto normal, sem aumento dos resultados adversos para mãe e RN. Esse estudo, assim como o de Homer *et al.* (2014), revelou também que no PDP há menos intervenções, como indução e condução do trabalho de parto, episiotomia, uso de fórceps e vácuo, indicações de cesarianas, corioamnionite, líquido meconial, necessidade de ventilação e admissão do RN na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN).

Quanto aos resultados neonatais, Elder, Alio e Fisher (2016) no seu estudo de revisão, encontraram desafios metodológicos entre os estudos analisados, mas afirmam que quando os estudos consideram somente as gestações de risco habitual, local de parto planejado e profissional capacitado, não há diferença na morbidade neonatal (índice de Apgar e admissão em UTIN) entre os partos domiciliares planejados e hospitalares.

Do mesmo modo, estudos nacionais como o de Colacioppo *et al.* (2010) e Koettker *et al.* (2012), também apontam resultados favoráveis ao parto domiciliar, tais como: reduzida taxa de transferência para o hospital, de cirurgia cesariana, traumas perineais e uso de fármacos no trabalho de parto e pós-parto, assim como altas porcentagens de posições verticalizadas no decorrer do trabalho de parto e no parto, de contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida.

Na revisão de literatura realizada por Cursino e Benincasa (2020), as taxas de cesariana, decorrentes de PDP transferidos, variaram entre 5,7% a 9%, o que representa valores inferiores ao recomendado pela OMS, que seria de 10% a 15% do total de partos e se contrapõe aos dados nacionais com índices na rede pública e hospitalar em torno de 46% e 88% do total de partos, respectivamente.

¹ O ofício de parteira sofreu grandes transformações nos últimos anos, passando de um saber construído na prática e tradição para uma profissão regulamentada através de formação específica (FAGUNDES, 2017). No Brasil, atualmente, a profissional formada é conhecida como obstetriz (para os cursos de entrada direta) ou enfermeira obstetra (para os cursos de especialização). A denominação de parteira profissional ou parteira urbana também é utilizada. *Midwife* é a denominação na língua inglesa para a parteira diplomada, independentemente do tipo de curso (CINTRA, 2018).

Em contrapartida, Koettker (2016) destaca que ainda não é possível discutir a segurança do parto domiciliar no Brasil, pois são poucos os estudos publicados nacionalmente. Todavia, vale ressaltar as baixas taxas de intervenções e transferências, bem como a alta taxa de parto normal, mesmo em casos de cesárea prévia.

As mulheres optam pelo PDP por diversas razões. A motivação dessas mulheres parte da insatisfação com o modelo obstétrico dominante, medo da violência obstétrica, escolhendo a casa como alternativa para conseguir uma assistência diferenciada, em decorrência de uma vivência na gestação anterior em que foram submetidas a intervenções desnecessárias e/ou cesárea desnecessária, ou por relatos da vivência de outras mulheres. Engloba também a busca por informações, aquisição do conhecimento como condição básica para respaldar a decisão de parir em casa; o desejo de estar em um ambiente favorável à sua autonomia e protagonismo, onde tenha poder de decisão, privacidade, liberdade; bem como a possibilidade da presença e participação de outros acompanhantes (mãe, companheiro, outros filhos), acompanhamento de um profissional de sua escolha, de uma doula e, ainda, um atendimento respeitoso não só para si, mas também para o RN (ALMEIDA, 2018; CASTRO, 2015; COLLAÇO *et al.*, 2017; KOETTKER, 2016; SANFELICE; SHIMO, 2016; SANFELICE; SHIMO, 2015a; SILVA, 2018).

Além disso, mesmo os hospitais com assistência considerada humanizada, se tornam inadequados por não atenderem às expectativas e necessidades das mulheres (CASTRO, 2015). Entretanto, quando a transferência para o hospital, em meio à assistência do PDP, se faz necessária, o apoio dos profissionais e dos familiares é fundamental para que a mulher e seu companheiro se sintam seguros quanto ao desfecho, bem como para a compreensão e ressignificação da vivência (COLLAÇO *et al.*, 2017).

A ambiência é considerada um fator importante na evolução do trabalho de parto. O ambiente favorável contribui para que o transcurso parturitivo seja vivenciado da melhor forma (SANFELICE; SHIMO, 2016). Odent (2002) afirma que um ambiente tranquilo, agradável, sem estímulos como luz, ruídos e linguagem, proporciona a liberação dos hormônios fundamentais para o parto. Por isso, nesse momento, a mulher busca privacidade.

No ambiente domiciliar, a mulher encontra privacidade e liberdade (CASTRO, 2015; COLLAÇO *et al.*, 2017; KOETTKER, 2016; MELO, 2015). A ambiência do lar promove conforto, segurança, privacidade, silêncio, iluminação adequada e manutenção dos hábitos de cuidado particulares de cada família. Assim, a casa é um cenário agradável, que estimula a liberdade para mulher e acompanhante agirem de acordo com suas crenças e padrões, bem como

para decidirem sobre o transcurso parturitivo (ALMEIDA, 2018). Além disso, oferece condições ideais para o nascimento fisiológico (SANTOS *et al.*, 2018).

Foucault (1989) considera que o hospital e a prisão se assemelham, pois são hierarquizadas e usam de tecnologia para vigilância e controle dos corpos dos indivíduos. Nesse sentido, Castro (2015) corrobora ao afirmar que há semelhança entre as práticas hospitalares e as prisionais, uma vez que elas promovem a perda da autonomia e da privacidade, assim como a sensação de privação da liberdade, tanto para as mulheres como para os acompanhantes. Por outro lado, a sensação de parir em domicílio está atrelada à noção de pertencimento e protagonismo no parto (SILVA, 2018).

A conduta adotada pelos profissionais que assistem o transcurso parturitivo no domicílio estimula a prática da autonomia e protagonismo materno. Dificilmente proíbe, controla ou menospreza a livre expressão e comportamento da mulher, o que caracterizaria violência obstétrica (SANFELICE; SHIMO, 2016). Isto é, no seu domicílio, a mulher é livre para vivenciar o transcurso parturitivo da forma que desejar, se expressar, ser quem ela é.

Escolher a casa como local de parto pode ser visto como um equívoco por amigos e familiares (KOETTKER, 2016), pois a ideia que a sociedade tem é de que o parto hospitalar é adequado e que parir fora desse contexto é considerado anormal, não planejado e associado de imediato à falta de assistência. As mulheres são vistas como transgressoras, negligentes, irresponsáveis e que arriscam sua vida e a do RN. Por isso, na maioria das vezes, precisam manter essa escolha em segredo, a fim de se preservar e levar a escolha adiante, principalmente quando os familiares apresentam resistência ao parto domiciliar, ainda que planejado (CASTRO, 2015; COLLAÇO *et al.*, 2017). Falta informação às pessoas em geral. Por isso, acreditam que o PDP é um parto desassistido.

Optar pelo PDP caracteriza um enfrentamento, a todo o sistema e sociedade, que exige força das mulheres e companheiros, para defender o direito de escolha do local de parto adequado às suas necessidades e seus desejos (CASTRO, 2015).

O PDP proporciona o protagonismo do nascimento não só à mulher, mas também ao seu companheiro, como uma maneira individualizada de receber o filho, o que pode promover o fortalecimento da relação entre o casal e entre a família (pais e filhos) (COLLAÇO *et al.*, 2017). No ambiente domiciliar, os companheiros encontram mais liberdade para participar ativamente de todas as fases do transcurso parturitivo (KOETTKER, 2016; MELO, 2015), e vivenciar plenamente o papel de pai, comparado à sua participação como acompanhante no contexto hospitalar, mesmo com o modelo humanizado. Ou seja, o papel de pai é fortalecido

com a vivência do homem no parto em casa e por meio de sua inclusão de forma ativa em todo o transcurso do nascimento (SOUZA; GUALDA, 2016).

O apoio familiar no PDP colabora para a evolução fisiológica do parto e para a promoção de um cuidado respeitoso e humanizado, pois proporciona às mulheres afeto, bem-estar físico e emocional, confiança, tranquilidade e maior segurança, o que favorece a vivência positiva desse momento (COLLAÇO *et al.*, 2017; FRANK; PELLOSO, 2013). Além disso, diminui as taxas de partos complicados, ocorrência de depressão pós-parto e auxilia a mulher a lidar melhor com a dor e a tensão do trabalho de parto e parto (BRASIL, 2017). No domicílio, é possível ainda, que a mulher receba o apoio de mais de uma pessoa do seu convívio, inclusive de outros filhos, o que contribui para o vínculo familiar.

Nesse sentido, a participação da família é também uma das condições para o resgate da humanização no nascimento. Antes de o parto ser transferido de casa para o hospital, a mulher era apoiada ativamente pelos familiares. Todavia, a exclusão da família nessa vivência é comum e advém da institucionalização, a qual favorece também a privação da mulher de suas referências e a torna uma espécie de propriedade da instituição (ACKER *et al.*, 2006).

A lei do acompanhante (Lei 11.108 de 07/04/2005), que assegura às mulheres a possibilidade de escolher um acompanhante para estar com elas durante o transcurso parturitivo (BRASIL, 2005b), contribuiu para a reinserção da família no nascimento. Entretanto, ainda há restrições e descumprimento por parte de profissionais da saúde e instituições. O descumprimento dessa lei pelas instituições de saúde representa, também, uma das razões que motivam as mulheres optarem pelo PDP (KOETTKER *et al.*, 2012).

O parto configura-se como uma experiência multissensorial, que necessita ser vivida sob a perspectiva da integralidade. E não há como dissociar a mulher da família e de suas relações. Nesse sentido, o ambiente domiciliar atende às necessidades psicológicas e sociais da mulher (FRANK; PELLOSO, 2013).

Outro motivo que leva as mulheres e seus parceiros a optarem pelo PDP é a possibilidade de escolher os profissionais que realizarão a assistência. Dessa forma, a relação construída com os profissionais, iniciada desde o pré-natal, está relacionada com a ideia de segurança. Os profissionais que prestam essa assistência devem conhecer a fisiologia do transcurso parturitivo, ter sensibilidade e respeito, bem como compreender a visão de mundo, as crenças, os valores, os hábitos de cuidados e os significados que aquela família atribui à gestação, ao parto e pós-parto (COLLAÇO *et al.*, 2017).

Contrário a isso, o ambiente hospitalar, pelo movimento e alta rotatividade dos profissionais durante a assistência, dificulta o estabelecimento do vínculo entre profissional,

paciente e família, o que pode refletir em sensação de insegurança, com influência direta no trabalho de parto e parto (ALMEIDA, 2018).

A maioria dos atendimentos domiciliares é realizado por enfermeiras obstetras (KOETTKER, 2016). A enfermeira obstetra é um dos profissionais qualificados para prestar assistência ao parto normal de baixo risco, inclusive no domicílio (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004) e possui respaldo legal para atuar também na assistência ao pré-natal de risco habitual. Essa profissional tem sido reconhecida por contribuir com a redução de procedimentos desnecessários e com o uso criterioso de intervenções, o que aumenta a satisfação da mulher e a qualidade da assistência (BRASIL, 2017; KOETTKER; BRÜGGEMANN; KNOBEL, 2017). Além disso, a relação de confiança entre a mulher e a enfermeira obstetra, bem como o respeito por suas escolhas e a manutenção do seu protagonismo, proporcionaram segurança no PDP (SILVA, 2018).

Essas profissionais devem ter habilidades específicas para realizar uma avaliação contínua, de forma a identificar precocemente os sinais de risco, oferecer suporte básico de vida e estabilizar as mulheres e os neonatos, até a transferência hospitalar, nos casos de intercorrências (BRASIL, 2017). Sanfelice e Shimo (2014), destacam que no PDP as enfermeiras obstetras têm maior autonomia e respaldam a assistência nas Práticas Baseadas em Evidências.

Por diversas razões, assim como as mulheres, algumas enfermeiras obstetras escolhem atuar na assistência domiciliar e despertam o interesse em investir no resgate do parto domiciliar como modelo de atenção humanizada ao parto e nascimento.

Os fatores motivadores para essas profissionais atuarem no domicílio são: os constantes conflitos e estresses vivenciados no ambiente hospitalar, o testemunho de situações de violência obstétrica (SANFELICE *et al.*, 2014); a possibilidade de resgate da humanização da assistência ao nascimento, frente à insatisfação com as condições oferecidas pelas maternidades para a prática da assistência conforme seus ideais (CURSINO; BENINCASA, 2020) e a própria vivência de ter parido em casa (KOETTKER, 2016; MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2016).

Também, pelo histórico familiar materno, ou de ter nascido em casa; a insatisfação com o modelo de assistência ao parto, predominante no contexto hospitalar; o convívio com outros profissionais da assistência domiciliar e/ou que têm afinidade com esse tipo de assistência (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2016); além da busca por autonomia, liberdade de atuação e valorização profissional (KOETTKER, 2016), influenciam a opção profissional pelo PDP.

As vivências no ambiente hospitalar despertaram inquietações quanto à qualidade da assistência oferecida às mulheres nesse contexto. Por isso, a importância da atualização e o respaldo nas evidências científicas são condicionantes para a garantia de assistência qualificada, respeitosa e segura (CURSINO; BENINCASA, 2020; MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2016). No entanto, no atendimento ao PDP, a qualificação profissional deve estar atrelada à sensibilidade, visto que a habilidade de ser sensato nesse tipo de assistência é fundamental para assegurar o respeito à fisiologia e às decisões da mulher, do parceiro e da família (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2016).

Semelhante às profissionais brasileiras, a insatisfação em trabalhar nas maternidades levou as *midwives* (parteiras) suecas à assistência do PDP. Elas se sentiam inadequadas no ambiente hospitalar, pois além do ambiente hospitalar ser estressante, foram substituídas pelo uso da tecnologia no monitoramento e na avaliação das mulheres, ficando com papel limitado devido aos protocolos das instituições e à influência de outros profissionais em seu trabalho (AHL; LUNDGREN, 2018).

Trabalhar com assistência domiciliar também tem seus desafios e fragilidades. Os profissionais encontram dificuldades na compra de materiais e medicações, no acesso à Declaração de Nascido Vivo (DNV), bem como na opinião contrária de outros profissionais, ou no preconceito cultural, que é consumado nos conflitos enfrentados no ambiente hospitalar, quando as mulheres são transferidas (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2016; SANFELICE *et al.*, 2014).

A transferência materna e/ou neonatal é um tema bastante polêmico e pode ser considerada o maior obstáculo enfrentado pelos profissionais, pelas mulheres e famílias. As dificuldades encontradas durante a transferência influenciam negativamente no tempo de tomada de decisão do profissional, pelo receio de que a mulher, a família e o próprio profissional sofram preconceito, violência ou discriminação no ambiente hospitalar, o que gera estresse e contribui para que a intenção de parir em casa seja omitida pela mulher. Contudo, quando os profissionais têm o apoio de um hospital de referência ou o médico é o profissional que realiza o atendimento domiciliar, as dificuldades tendem a ser minimizadas (KOETTKER, 2016).

Assim como no Brasil, esse trabalho, na Suécia, também é desafiador, envolve sacrifícios pessoais, financeiros e limitações na vida diária. Além disso, ainda não é plenamente aceito pela sociedade e por outros profissionais (AHL; LUNDGREN, 2018).

Por outro lado, o apoio e o incentivo dos colegas que já atendem em domicílio; a liberdade de conduta; o protagonismo da mulher; acreditar no domicílio como local ideal para

assistência ao parto fisiológico; a possibilidade de negociação de condutas e uso de outras possibilidades no acompanhamento ao trabalho de parto, livre da influência de outros profissionais ou das normas e rotinas das instituições e poder trabalhar em equipe são considerados fatores facilitadores para atuar nessa assistência (KOETTKER, 2016).

Apesar de existirem inúmeros desafios e obstáculos, as enfermeiras obstetras permanecem atuantes e criam mecanismos de superação a cada situação de dificuldade vivenciada (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2016). A crescente adesão dos profissionais a esse modelo de assistência se justifica pela busca de um ambiente mais propício para o atendimento ao parto de forma fisiológica. É nesse contexto que encontram liberdade para suas condutas, embasadas nas evidências científicas e valorização na sua área de atuação, o que contribui para a satisfação profissional e pessoal (KOETTKER, 2016; SANFELICE *et al.*, 2014).

Apesar do PDP ser reconhecido internacionalmente e ser satisfatório para mulheres, famílias e profissionais, o fato de não fazer parte das políticas públicas brasileiras, como possibilidade de oferta do cuidado obstétrico, gera inquietação (COLLAÇO *et al.*, 2017). Nesse sentido, esforços deveriam ser feitos para oferecer esta possibilidade de local de parto, por meio do SUS, visto que a maioria das gestantes é classificada como de risco habitual e, portanto, elegíveis para o PDP, o que diminuiria os custos para o Estado e contribuiria para ampliar o acesso à assistência (CURSINO; BENINCASA, 2020). Além disso, há também a necessidade de implantação de um sistema de informação sobre essa assistência (KOETTKER, 2016), visto que ela acontece, mesmo sem fazer parte da rede de atenção institucionalizada.

Corroborando a ideia de que os custos diminuiriam, o estudo de Anderson, Daviss e Johnson (2021), nos Estados Unidos, mostra que haveria uma economia no custo anual de 9,1 bilhões de dólares se 10% a mais dos nascimentos ocorressem em domicílio ou nos centros de parto normal.

No entanto, a inclusão do PDP nas políticas públicas não exclui a necessidade de melhorar a assistência obstétrica no contexto hospitalar, com a atualização das práticas, assim como com a inserção de profissionais que visem a qualidade da assistência, a melhoria dos indicadores materno infantis, o cuidado humanizado e respeitoso em todos os níveis da atenção à saúde, independentemente do risco gestacional (CURSINO; BENINCASA, 2020).

Destarte, ainda que o PDP seja uma opção que oferece vários benefícios tanto para a mulher, família e profissionais – como autonomia, protagonismo da mulher e do acompanhante, respeito às escolhas da família, menos intervenções, privacidade, liberdade, vínculo com o profissional que presta a assistência, é preciso assegurar às mulheres informações que lhes

garantam segurança e permitam sustentar a decisão quanto ao local do parto. Além disso, é necessária a criação de políticas públicas e diretrizes que garantam esse modelo de assistência pelo SUS, com uma rede de apoio e um sistema de referência estabelecido, de forma a democratizar o acesso à assistência domiciliar no transcurso parturitivo, bem como apoiar os profissionais que atuam nesse modelo assistencial e reduzir as dificuldades enfrentadas por eles.

3.3.1 As enfermeiras obstetras na assistência ao parto domiciliar planejado

Em alguns países, a assistência obstétrica realizada por *midwife* (parteira) é bastante comum. Em quatro países nórdicos, Noruega, Dinamarca, Islândia e Suécia, a assistência é gratuita e as parteiras são as principais cuidadoras durante a gestação e parto normal. Já a assistência ao parto domiciliar também é realizada pelas parteiras. Entretanto, o financiamento desse serviço difere entre os países, podendo ser pago de forma total ou parcial pelo governo (SJÖBLOM; IDVALL; LINDGREN, 2014).

Na Austrália, as mulheres sem riscos gestacionais têm possibilidade de escolher pelo parto domiciliar com financiamento público e são assistidas pelas parteiras (CATLING-PAUL; DAHLEN; HOMER, 2011).

No Canadá, os cuidados obstétricos podem ser prestados por parteiras, médicos de família ou obstetras. As parteiras são as únicas que oferecem a escolha do local de nascimento, fornecendo seus cuidados de forma contínua às mães e recém-nascidos durante gestação, parto e pós-parto, em domicílios, centros de parto e hospitais (VEDAM *et al.*, 2012).

Na Holanda e Inglaterra, as mulheres de baixo risco também podem escolher entre ter o parto em domicílio ou hospital. As parteiras são as profissionais responsáveis pelo pré-natal, parto e pós-parto da maioria das mulheres e os médicos obstetras tratam apenas das mulheres que apresentam alguma complicação obstétrica (KOETTKER, 2010).

No Brasil, com a implantação das faculdades de medicina, foi criado o primeiro curso de parteiras em 1832. Antes disso, as mulheres que atendiam as parturientes eram autorizadas legalmente para exercer a obstetrícia, mas não eram diplomadas (RIESCO, 2009).

Desde o final do século XIX, a associação do trabalho da parteira ao da enfermeira foi cogitada, quando a classe médica propôs a formação profissional de parteiras que fossem também enfermeiras. Nessa perspectiva, houve mudança na atuação das parteiras, o que limitou a sua prática de forma independente, restringiu e controlou seu espaço na assistência ao parto e lhes tornou subordinadas às enfermeiras, especialmente, no hospital. Os cursos para parteiras foram extintos e foram criados cursos de enfermeiras de maternidades anexos às faculdades de

medicina, no início do século XX, o que representou as principais mudanças na legislação do ensino de parteiras (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Nesse período, a medicina buscava a sua profissionalização e por isso adotava estratégias corporativistas para dominar o conhecimento técnico com o objetivo de controlar o mercado de trabalho. A interferência na formação das parteiras insere-se nessa lógica (OSAWA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

Com essas mudanças, em 1939, o curso de Enfermagem Obstétrica foi criado em São Paulo, em unidade anexa à Clínica Obstétrica da Escola Paulista de Medicina. Em 1949, as Escolas de Enfermagem também passaram a formar Enfermeiras Obstetras. Dessa forma, havia as profissionais formadas pela faculdade de medicina e as formadas pela escola de enfermagem (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

As profissões de obstetrix e de enfermeira, depois de anos de aproximações e distanciamentos legais e acadêmicos, foram unidas a partir da incorporação da obstetrix pela enfermagem. Com isso, a graduação de obstetrix, oferecida pela faculdade de medicina, foi extinta. E a partir de 1972, coube exclusivamente às escolas de enfermagem por meio das habilitações, um tipo de especialização, a formação profissional da enfermeira obstetra ou obstetrix como única forma para a capacitação formal de não-médicos para assistência ao nascimento e ao parto normal. No entanto, em 1994, o currículo de enfermagem foi modificado e essas habilitações foram extintas. Dessa forma, a especialização em enfermagem obstétrica ficou restrita ao nível de pós-graduação *lato sensu* (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Em 2005, a criação do curso de Obstetrix pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da Universidade de São Paulo (USP), possibilitou novamente a formação de obstetrixes em nível de graduação. Essa modalidade está em vigor até o momento. E os aspectos legais do ensino e exercício de obstetrixes egressas da EACH fundamentam-se na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que prevê a autonomia das universidades para a criação de novos cursos de graduação, como também na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e no decreto que a regulamenta (RIESCO, 2009).

Na década de 90, um grupo de enfermeiras obstetras, por meio da ABENFO, iniciou uma discussão ética, política e técnica com a finalidade de consolidar a inserção destas profissionais nos planos e programas de saúde materno-infantil no país, inclusive na atenção ao parto de baixo risco (SOUZA; SOARES; QUITETE, 2014). No final dessa década, o MS inicia o financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica, mediante convênios firmados com universidades e secretarias de saúde em todo o país. Essa iniciativa constitui-se

em um marco nacional no projeto de capacitação de enfermeiras para a assistência materna e perinatal (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

As enfermeiras obstetras têm como objetivo qualificar a assistência e incentivar o parto natural, além de contribuir para mudança do modelo tecnocrático e biomédico, a partir de condutas baseadas em evidências científicas, do uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e da humanização durante trabalho de parto, parto e puerpério. Desta forma, pretende-se evitar intervenções e tecnologias desnecessárias, bem como acolher as escolhas da mulher durante esse transcurso, por meio de avaliação respeitosa e cuidadosa das suas condições clínicas e obstétricas (BRASIL, 2017), com o intuito de promover segurança e a viabilidade do parto normal, assim como uma experiência do parto positiva para a parturiente e familiares.

As enfermeiras obstetras estão legalmente habilitadas para desempenhar suas funções na assistência ao parto normal sem distócia, por meio da Lei do Exercício Profissional 7498/86, a qual traz como atribuições das Obstetizas ou das Enfermeiras obstetras: “assistência à parturiente e ao parto normal, identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico, realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessária” (BRASIL, 1986, p.4).

Ou seja, essas profissionais estão habilitadas e possuem competência para acompanhar o processo fisiológico do nascimento, reconhecer e corrigir os desvios da normalidade, assim como, encaminhar aquelas que demandam assistência especializada. Além disso, a assistência pelas enfermeiras obstetras e obstetizas melhora os indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, aumenta a satisfação da mulher e tem o papel primordial de facilitar a participação dela no processo do nascimento, baseando-se nos princípios da humanização (GRAMACHO *et al.*, 2014).

O MS tomou algumas medidas que autorizam, definitivamente, a atuação da enfermeira obstetra desde a internação e admissão até o parto, representando o reconhecimento da importância da assistência prestada pela enfermeira obstetra em favor da humanização da assistência ao parto, como: a inclusão do parto normal sem distócia realizado por enfermeira obstetra na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, por meio da Portaria MS/GM 2.815, de 29 de maio de 1998 (BRASIL, 1998a); criação do modelo do Laudo de Enfermagem para Emissão de Autorização de Internação Hospitalar, mediante a Portaria MS/GM nº 163 de 1988 pela qual as enfermeiras obstetras passaram a realizar a internação das mulheres durante o transcurso parturitivo (BRASIL, 1998b); e a instituição de centros de parto normal sob a coordenação exclusiva dessas profissionais, em 1999, por meio da Portaria 985 de 1999 (BRASIL, 1999).

Ainda corroborando este cenário favorável ao reconhecimento da enfermagem obstétrica, a ANS garante que a assistência ao parto normal realizada por enfermeira obstetra terá cobertura dos planos hospitalares com obstetrícia, por meio da Resolução Normativa nº 167, de 09 de janeiro de 2007 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2007).

Para a OMS, a *midwife* (parteira) é a profissional mais adequada e custo-efetiva para a assistência aos partos de baixo risco, seja no domicílio, centros de parto normal ou serviços de obstetrícia hospitalares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Nos locais em que a enfermeira obstetra ou obstetriz está presente, a necessidade de intervenções de emergência durante o parto e nascimento é muito menor. Por isso, afirma que são necessárias mais parteiras para se melhorar a sobrevivência e segurança de mulheres e recém-nascidos por todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Além da insatisfação das mulheres quanto ao modelo tecnocrático, biomédico e hospitalocêntrico da assistência obstétrica, o resgate do parto em domicílio também representa o descontentamento das enfermeiras obstetras com esse modelo. As profissionais que têm sua formação baseada na valorização da mulher e do processo fisiológico do transcurso parturitivo encontram no parto domiciliar uma alternativa de atuação que preze pela sua filosofia de trabalho, que seja coerente com seus valores e princípios pessoais e profissionais (SANFELICE *et al.*, 2014).

Em vários países de primeiro mundo, o governo apoia e incentiva o PDP. Entretanto, em nosso país, as mulheres que optam por essa assistência são vistas como irresponsáveis e defensoras de um modismo. Da mesma maneira, as profissionais que oferecem esse atendimento são coagidas pelos conselhos de classe, perseguidas e desmoralizadas e ainda enfrentam os conflitos com outros profissionais de saúde (que não são adeptos) e com a sociedade de forma geral (SANFELICE *et al.*, 2014).

A inserção das enfermeiras obstetras no PDP tem ocorrido de forma gradativa. Na década de 80, os partos domiciliares começaram a acontecer, como alternativa viável para um parto mais natural e ativo, porém restrito aos grandes capitais e em número muito reduzido (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2016; SOUZA; SOARES; QUITETE, 2014).

Percebe-se um movimento de resgate do modelo histórico de parir com o retorno ao ambiente domiciliar como local favorável para o parto, sem que se negue a importância dos avanços tecnológicos e científicos no transcurso parturitivo. É nesse contexto que a enfermeira obstetra surge na promoção do PDP, com práticas menos intervencionistas que permitem a evolução fisiológica do transcurso e o domicílio se apresenta como um ambiente seguro e viável para o nascimento (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2016).

Para Vargens, Progianti e Silveira (2008), a enfermeira obstetra é a única profissional não médica que tem sido associada com um “saber/fazer” que possibilita o resgate do parto fisiológico, como evento feminino, no qual a mulher é a protagonista. Sendo assim, essa profissional contribui para a promoção do modelo humanizado de assistência ao parto e nascimento.

A avaliação internacional de modelos de atenção ao parto evidencia que os países que valorizam a atuação de enfermeiras obstetras ou *midwife* (parteira), como a Noruega, Suécia, Dinamarca, Inglaterra, Japão, Holanda, França, Alemanha e outros, conseguiram manter os indicadores de morbimortalidade materna e fetal/neonatal baixos, assim como as intervenções desnecessárias (episiotomia, cesáreas, entre outras) (RATTNER, 2009).

Esses países prezam pelo respeito à fisiologia e à dignidade da mulher e sua família. Além disso, consideram que gestação e parto podem receber atendimento da atenção primária. Por isso, o parto pode ocorrer, além do hospital, no domicílio, ambulatório ou nas casas de parto (o mesmo que os Centros de Parto Normal), sendo que as mulheres sem complicações podem ser atendidas pelas enfermeiras obstetras, que por terem papel importante num momento único como o nascimento e conhecer a maioria das famílias de forma mais íntima, conquistam o reconhecimento e se tornam referências para as famílias que atendem, caracterizando o vínculo profissional-paciente, que, inclusive, é recomendado pela Política Nacional de Humanização (RATTNER, 2009).

Nos países com melhores indicadores em saúde materna e neonatal, o modelo de atendimento se alicerça no trabalho das enfermeiras obstetras e obstetrizes (SANDALL *et al.*, 2016). Um estudo realizado nos Estados Unidos concluiu que os partos de mulheres de baixo risco conduzidos por parteiras treinadas têm resultados iguais ou superiores àqueles assistidos em hospital. Então, diante dessa evidência, é importante que os governos estimulem e financiem o PDP e ofereçam alternativas seguras para as mulheres, como as casas de parto (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2008).

No Brasil, em 2020, ocorreram 2.730.145 partos, sendo 98,3% (2.684.834) em ambiente hospitalar e 0,72% (19.691) em domicílio. A região Norte teve a maior frequência de partos domiciliares (9.158), correspondendo a 46,5% dos partos domiciliares do país (BRASIL, 2020a). Na última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da mulher, realizada em 2006, a assistência obstétrica foi prestada majoritariamente por médicos, totalizando 89%, e somente 8,3% por enfermeiras (BRASIL, 2009a).

Vale ressaltar, também, que a pesquisa “Nascer no Brasil – Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, realizada nos anos de 2011 e 2012, revela que em todo o país somente

15% dos nascimentos foram assistidos por enfermeiras e obstetrias, com mais frequência nas regiões pobres, onde não há médicos. Esta pesquisa recomenda priorizar progressivamente a inclusão destas profissionais na atenção ao parto vaginal em todas as instituições que ofereçam serviços de atenção ao parto e nascimento (LEAL *et al.*, 2014a). Esse foi o maior inquérito sobre parto e nascimento já realizado no Brasil.

Em Feira de Santana, segundo dados do SINASC, o número de partos ocorridos em domicílio varia a cada ano, sendo 08 nascimentos em 2013; 11 em 2014; 06 em 2015; 15 em 2016; 09 em 2017; 08 em 2018; 22 em 2019; e 33 em 2020 (BRASIL, 2020d). Em Salvador o número de partos domiciliares no período de 2013 a 2020, respectivamente, foi: 77, 79, 97, 101, 115, 141, 157 e 183, o que representa uma boa evolução em números (BRASIL, 2020e). Nessas cidades, o atendimento ao PDP acontece de forma autônoma por enfermeiras obstetras.

Podemos concluir que em alguns países, a assistência ao PDP, por profissional capacitada e legalmente reconhecida, faz parte dos serviços de atenção à saúde da mulher. No Brasil, esse tipo de assistência está crescendo aos poucos, porém é realizada por profissionais de forma autônoma e sem apoio governamental.

3.3.2 Parto domiciliar planejado no contexto da pandemia por COVID-19

Em dezembro de 2019, o governo da China relatou um surto de pneumonia atípica ocorrido na cidade de Wuhan, causado pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) (WU; LEUNG; LEUNG, 2020). Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto da doença causada por esse novo vírus, denominada de COVID-19, constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, o mais alto nível de alerta da Organização. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada como pandemia pela OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020).

Segundo os dados da OMS, até o dia 12 de setembro de 2022, 605.912.418 pessoas contraíram o novo coronavírus no mundo e 6.491.649 morreram em decorrência da COVID-19. O Brasil foi o país latino-americano que registrou mais infecções por coronavírus, ficando em terceiro lugar no ranking mundial de número de casos, atrás dos Estados Unidos e da Índia, e em segundo lugar de número de mortes, atrás apenas dos Estados Unidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022a). O número de casos no Brasil, até o dia 09 de setembro de 2022, foi 34.516.739 e o número de óbitos 684.813. Na Bahia foram 1.689.830 casos e 30.675 óbitos, conforme dados do MS. Em Feira de Santana foram 75.488 casos confirmados e 1.182 óbitos (BRASIL, 2022b).

A COVID-19 é de rápida disseminação e a letalidade está vinculada à sua forma grave, que acomete principalmente pessoas dos grupos mais vulneráveis, como idosos, imunossuprimidos, cardiopatas, diabéticos, gestantes e puérperas (BRASIL, 2020f). O Brasil foi o país com maior número de casos de morte de gestantes e puérperas pela COVID-19 (TAKEMOTO *et al.*, 2020).

Segundo a revisão de literatura realizada por Nakamura-Pereira *et al.* (2020), referente às publicações de 19 de dezembro de 2019 até 1 de julho de 2020 e que tratam das mortes maternas documentadas relacionadas à COVID-19, seis países relataram mortes maternas pela COVID-19, três países de alta renda (França, Reino Unido e Estados Unidos) e três de renda média (Brasil, Irã e México).

De acordo com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), o Brasil, quando comparado com os outros países das Américas, teve o maior número absoluto de mortes de gestantes pela COVID-19 e a taxa de mortalidade é nove vezes maior do que a média desses países, em relação ao total de gestantes que contraiu a doença (MARQUES, 2021).

No período de março de 2020 a 31 de agosto de 2022, segundo dados do Observatório Obstétrico Brasileiro COVID-19 (OOBr Covid-19), houve 23.289 casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 em gestantes e puérperas, sendo que 2042 evoluíram a óbito. Nesse mesmo período, na Bahia, foram 721 casos e 93 óbitos. Em Feira de Santana, ocorreram 27 casos e 04 óbitos (RODRIGUES; LACERDA; FRANCISCO, 2022).

A elevada taxa de mortalidade em gestantes e puérperas no Brasil, pela COVID-19, retrata a dificuldade de acesso das mulheres e de resolubilidade do sistema de saúde, haja vista a perpetuação de uma assistência obstétrica permeada por problemas crônicos que podem impactar os resultados maternos e perinatais, como a baixa qualidade na assistência ao pré-natal, disparidades raciais no acesso aos serviços de saúde, insuficiência de recursos para gerir os cuidados de emergência e violência obstétrica. Além disso, a pandemia, neste momento, representa um obstáculo adicional (TAKEMOTO *et al.*, 2020; SOUZA; AMORIM, 2021).

Souza e Amorim (2021) destacam que essa taxa de mortalidade pode ser maior ao considerar a subnotificação, as dificuldades na realização dos exames laboratoriais e possíveis resultados falsos negativos. Além disso, esses valores dependem das políticas de saúde adotadas em cada região ou país. Importante apontar, também, a omissão de informações pelo MS.

No cenário do parto e nascimento, no contexto da pandemia, as mulheres podem enfrentar dificuldades para que tenham suas escolhas escutadas, acolhidas e respeitadas pelos profissionais e instituições de saúde, devido às limitações que a crise na saúde pública impõe a todo o sistema (SOUZA, K. *et al.*, 2020). Por isso, a *International Confederation of Midwives*

(ICM) desenvolveu recomendações para os profissionais de saúde e gestores desses serviços, sobre o cuidado às mulheres e RN durante o transcurso parturitivo, visto a sua preocupação com a violação dos direitos humanos das mulheres, seus filhos e parteiras com a introdução, em muitos países, de protocolos inadequados (sem base em evidências científicas atuais) para o cuidado ao transcurso parturitivo em resposta à COVID-19, o que representa riscos e é prejudicial para as mulheres e recém-nascidos (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2020).

A crise decorrente da pandemia deverá afetar a qualidade da atenção e provocar aumento das taxas de cesáreas desnecessárias, assim como da violência obstétrica e institucional. Essas condições podem repercutir intensa e negativamente na vivência do parto para as mulheres e familiares, bem como na saúde delas e de seus filhos (SOUZA, K. *et al.*, 2020).

Davis-Floyd, Gutschow e Schwartz (2020) descrevem que nos Estados Unidos, a pandemia acentua o acesso desigual aos cuidados em saúde seguros e de qualidade, revela o panorama tecnocrático e fragmentado das maternidades, assim como o crescente interesse em partos fora do contexto hospitalar, em casa ou nos centros de parto.

Nessa perspectiva, sendo o local de parto de livre escolha da mulher (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996), a pandemia do novo coronavírus também tem levado as mulheres a pensarem no domicílio como opção de local para parir, mesmo entre aquelas que nunca cogitaram essa possibilidade. No Brasil e nos Estados Unidos, a procura pelas equipes que prestam assistência ao PDP tem aumentado. O medo da contaminação, a superlotação, a falta de materiais, a violação de direitos no ambiente hospitalar (como a restrição a acompanhante e doula) são os principais fatores motivadores para essa escolha. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2020; CORRÊA, 2020; DAVIS-FLOYD; GUTSCHOW; SCHWARTZ, 2020; HOSHINO, 2020).

O modelo de assistência domiciliar tem a mulher como eixo da organização assistencial, diferente do encontrado no âmbito hospitalar. O planejamento do PDP é construído em conjunto (mulher, família e profissional) durante a gestação, para permitir que o desejo da mulher/casal seja embasado em informações de qualidade e seja coerente com seu contexto e percepções acerca da segurança e risco envolvidos (VOLPATO *et al.*, 2020). Ou seja, requer planejamento, vínculo e cuidados específicos, sendo que cada caso é conduzido de forma individual (SANTANA, 2020).

Dessa maneira, se a mulher nunca cogitou a possibilidade de parir em casa e a sua principal motivação para isso é o medo de contaminação da COVID-19 no ambiente hospitalar,

não é indicado considerar o PDP (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2020; VOLPATO *et al.*, 2020), pois a mulher não se sente completamente segura, tem medo do transcurso parturitivo e não permite que ele flua. Para esses casos, as equipes podem oferecer o acompanhamento do pré-natal e de parte do trabalho de parto, com o intuito de diminuir o tempo de internação hospitalar (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2020).

Uma pesquisa realizada pelo Grupo de Estudos Feministas em Política e Educação (GIRA), vinculado à Universidade Federal da Bahia (UFBA), entrevistou, por meio de questionário online, 250 gestantes e puérperas de todo o Brasil, em abril de 2020. O estudo apontou que mais da metade das mulheres (52,7%) tiveram seus planejamentos de parto alterados em decorrência da pandemia e 28,2% afirmaram que se sentiriam mais seguras para parir em suas casas, apesar de relatar não possuírem condições financeiras para assumir os custos desse tipo de assistência. Por essa razão, ainda, as mulheres sugerem que o SUS disponibilize profissionais para atender o parto domiciliar ou estabeleça auxílio financeiro para tal (SANTANA, 2020).

Em consonância, Volpato *et al.* (2020) trazem que as mulheres e acompanhantes sentem medo diante do risco de contaminação ao procurar o hospital e por isso pensam no PDP como possibilidade para manter o distanciamento social e reduzir a exposição ao vírus, mesmo sendo custeado de forma privada.

Mesmo durante a pandemia, a inclusão de mulheres para o PDP continua sendo realizada de forma individualizada e contextualizada por cada equipe, em decorrência da ausência de protocolos ou diretrizes que regulamentem essa assistência. Desse modo, sugere-se considerar as recomendações das sociedades e organizações que se manifestaram, até o momento, sobre o local de parto em contexto pandêmico, na construção desses protocolos (VOLPATO *et al.*, 2020).

A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (2020) recomenda que o parto no domicílio ou em CPN seja contraindicado para as mulheres sintomáticas, em virtude da possível dificuldade na transferência para o hospital, situação que já era difícil mesmo antes da pandemia, bem como pelo PDP ainda não fazer parte da política pública do nosso país.

O *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG) orienta que, como medida de precaução, ao entrar em trabalho de parto, as gestantes com suspeita ou confirmação do coronavírus devem buscar o hospital para serem avaliadas por um médico e realizar monitoramento fetal e materno contínuo. Portanto, não recomendam que o parto ocorra em

domicílio ou em CPN (ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS, 2020).

A *Association of Ontario Midwives* (AOM) recomenda que, para as gestantes de risco habitual, sem suspeitas ou confirmação de COVID-19 ou que já tenham se recuperado, o PDP pode ser uma ferramenta para a manutenção do distanciamento social e para reduzir a sobrecarga nos hospitais durante a pandemia, assim como para limitar as intervenções obstétricas e reduzir o risco de infecção pelo coronavírus. Mas deve ser realizado com uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPI), como máscara, luva, jaleco, óculos protetores, além de medidas apropriadas para prevenção e controle da infecção (BOURGEOIS *et al.*, 2020).

A AOM sugere discussão para escolha informada sobre os riscos e benefícios do local de nascimento para as mulheres com doença leve associada à COVID-19 e sem outras morbidades, incluindo informações quanto ao seguimento do protocolo de monitoramento em domicílio; sobre as evidências inconsistentes acerca do aumento da incidência de sofrimento fetal, cesariana e trabalho de parto prematuro em gestantes com COVID-19; sobre os resultados de estudos que até o momento não demonstraram casos de asfixia neonatal grave ou morte neonatal, entre outras. Vale ressaltar que o PDP no Canadá faz parte da rede de serviço materno-infantil, sendo organizado e estruturado com base no cuidado centrado na mulher e na escolha informada (BOURGEOIS *et al.*, 2020).

A ICM (2020) afirma que em países onde o sistema de saúde pode apoiar o parto domiciliar, as gestantes saudáveis e de risco habitual podem ter um parto seguro em domicílio ou centro de parto, com o apoio de enfermeiras obstetras e obstetrites e com a retaguarda de emergência adequada, ao invés de parir em hospital, onde pode haver muitos casos de pacientes com COVID-19.

Entretanto, na realidade do Brasil, é preciso levar em consideração o fato de que o PDP não está inserido na rede de atenção, o que dificulta o acesso aos serviços de urgência e emergência, além de comprometer a continuidade da assistência (BRASIL, 2017).

O protocolo das entrevistas, atendimentos e consultas das equipes que assistem o PDP sofreu algumas alterações por conta da pandemia. O rastreio e os critérios de inclusão estão mais criteriosos. As orientações passaram a abarcar questões sobre a COVID-19; as profissionais passaram a trocar de roupa na casa da parturiente quando iniciam o atendimento ao trabalho de parto; usar a máscara de forma contínua, principalmente no período expulsivo; recomendar o uso de máscara pelo acompanhante e pela gestante (até quando esta suportar) e realizar de forma online os grupos de gestantes e puérperas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE

OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2020).

Considera-se prudente que, no contexto da pandemia, durante a assistência ao parto no domicílio, se mantenha a equipe indispensável que é de no mínimo duas profissionais (que pode ser enfermeira obstetra, obstetriz ou médico obstetra) para prestar assistência direta à parturiente e ao RN. Também deve ser acordado com a mulher a redução da quantidade de outras pessoas que não residem no domicílio (fotógrafo, acompanhantes), com o objetivo de proteger a mulher, o RN e as profissionais. Quanto ao uso de EPI, diversas recomendações nacionais e internacionais têm enfatizado a importância da utilização pelos profissionais (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2020; VOLPATO *et al.*, 2020).

Quando a transferência para o hospital se torna necessária, esta deve ocorrer em condições oportunas, observando o tempo de deslocamento, transporte adequado e equipe especializada para receber a mulher e/ou o RN. Por isso, torna-se fundamental que a mulher conheça a fragilidade da rede e a considere durante a tomada de decisão quanto ao local do parto, seja no contexto da pandemia ou não. Nessa perspectiva, no Brasil, a pandemia afeta ainda mais a relação entre a rede de serviços de saúde e os casos de transferências de PDP (VOLPATO *et al.*, 2020).

Mesmo que a assistência ao PDP ofereça diversos benefícios (autonomia e protagonismo da mulher e família, menor número de intervenções, menor risco de contágio da COVID-19, entre outros), o contexto da pandemia do coronavírus reforça a necessidade de mais informações sobre essa modalidade, já que as mulheres têm, cada vez mais, reconhecido a casa como local possível para parir. Além disso, a pandemia pode ser uma oportunidade para desmistificar o assunto.

A escolha do local de parto e de tudo que envolve o transcurso parturitivo é da mulher/casal, independente do contexto de pandemia. Mas, para realizá-la com segurança e coerência com seus valores e preferências, precisa ser uma escolha consciente e informada. É preciso ter conhecimento sobre os riscos, benefícios e as particularidades que envolvem o PDP e assim, ser corresponsável, junto ao profissional, pelas suas decisões.

4 A TRILHA METODOLÓGICA

A trilha metodológica corresponde aos caminhos e meios utilizados para a compreensão da realidade. Inclui concepções teóricas de abordagem, conjuntos de técnicas que possibilitam apreender a realidade e construir o conhecimento, bem como a criatividade do pesquisador, sua vivência, capacidade reflexiva e sensibilidade (MINAYO, 2013).

O método escolhido inicialmente foi o fenomenológico. Porém, não se adequou a técnica de coleta de dados de forma online, porque era necessário encontro existencial com as participantes, ampliar o diálogo, o que foi dificultado pela entrevista online (modalidade escolhida pela maioria das participantes devido à pandemia).

Tivemos dificuldade para realizar a entrevista fenomenológica já que havia a barreira do distanciamento físico, a qualidade do áudio não se mantinha boa por todo o tempo (ficava baixo, entrecortado), a conexão de internet era perdida, havia dispersão por parte das participantes, entre outros.

Dessa forma, as entrevistas online não permitiram aplicar a fenomenologia, por isso decidimos trocar o eixo filosófico da Fenomenologia Heideggeriana pelo eixo metodológico da Análise de Conteúdo de Bardin, conforme justificado no APÊNDICE H.

4.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa teve caráter descritivo, qualitativo e se propôs compreender a vivência do parto domiciliar planejado na ótica de mulheres e enfermeiras obstetras. Considerou-se como descritivo, pois o fenômeno foi descrito a partir da percepção. Esse tipo de pesquisa observa, analisa e ordena dados sem a interferência do pesquisador (PRODANOV; FREITAS, 2013).

O método qualitativo atende a questões específicas e permite compreender informações que não podem ser quantificadas, baseado no entendimento e reconhecimento do significado de uma ação e das relações humanas. Os dados são analisados, os fenômenos são explicitados com o intuito de apreender os significados (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Na pesquisa qualitativa é necessário valorizar a peculiaridade do humano, mediante a compreensão da subjetividade que representa as suas vivências e experiências, as quais ocorrem na história da coletividade e, conseqüentemente, são influenciadas pela cultura na qual estão inseridas (MINAYO, 2012).

Segundo Turato (2011), essa abordagem tem como base fundamental a compreensão dos significados, dos valores, dos fenômenos e das atitudes, algo que não pode ser limitado à

operacionalização interpretada por intermédio de variáveis rígidas. Dessa forma, conhecer o significado dos fenômenos que envolvem o campo da saúde permitem promover melhorias na qualidade da assistência e nas relações entre profissionais, pacientes e familiares.

Portanto, consideramos o método qualitativo apropriado para este estudo, já que o parto é um fenômeno subjetivo e complexo (SWEENEY; O'CONNELL, 2015) e também uma das experiências primordiais que o humano pode vivenciar (FLEMING *et al.*, 2017). Além disso, esse método representa um caminhar que condiz com os atributos de estudos que valorizam a compreensão de sentidos e significados campo dos cuidados à saúde.

4.2 Campo do estudo e participantes

O campo de estudo foi os municípios Feira de Santana e Salvador, capital do estado da Bahia. Feira de Santana, maior cidade do interior da Bahia, dista 108 km da capital, Salvador. Apelidada pelo escritor Ruy Barbosa como “Princesinha do Sertão” tem área territorial de 1.304,425 km², clima tropical e possui população de 624.107 habitantes (estimativa do último censo para o ano de 2021). Salvador, tem 693.453km² de extensão territorial e possui população estimada para o ano de 2021 de 2.900.319 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2022).

Feira de Santana dispõe de um sistema de saúde composto por uma rede de serviços públicos com gestão municipal, estadual ou dupla (municipal e estadual). Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), possui 195 estabelecimentos de saúde de administração pública, sendo 184 geridos pelo município, 10 pelo estado e 01 por dupla gestão (BRASIL, 2022c). Há dois Hospitais Maternidade, um no âmbito estadual, o Hospital Estadual da Criança, e outro municipal, o Hospital Inácia Pinto dos Santos, que conta com um CPN intra-hospitalar.

O sistema de saúde de Salvador é composto por uma rede de serviços públicos com 435 estabelecimentos, sendo 379 de gestão municipal, 54 estadual e 02 geridos pelo município e estado. Há cinco Maternidades, todas geridas pelo estado, são elas: Maternidade Albert Sabin, Maternidade Climério de Oliveira, Maternidade Maria da Conceição de Jesus, Maternidade Professor José Maria de Magalhães Neto e Maternidade Tsylla Balbino. E um Centro de Parto gerido também pelo estado, o Centro de Parto Humanizado João Batista Caribé (BRASIL, 2022c). Há, também, o Centro de Parto Normal Marieta de Souza Pereira, o primeiro CPN da Rede Cegonha do Brasil que funciona na Mansão do Caminho, instituição filantrópica que realiza atendimentos pelo SUS.

O número de participantes, na pesquisa qualitativa, não é previamente determinado, já que a etapa de campo é desenvolvida de forma simultânea à análise e se encerra quando os depoimentos mostram suficiência de estruturas essenciais para compreender o fenômeno investigado, o que anuncia o alcance dos objetivos (GRAÇAS, 2000).

Dessa forma, participaram desse estudo 16 pessoas: 07 mulheres e 09 enfermeiras obstetras que vivenciaram a assistência ao PDP. A pesquisa teve como critérios de inclusão para as mulheres: ser maior de 18 anos e possuir computador ou smartphone com acesso à internet, caso as entrevistas precisassem acontecer de forma online; e para as enfermeiras obstetras: ter realizado assistência a 01 parto domiciliar planejado, no mínimo, e possuir computador ou smartphone com acesso à internet, caso as entrevistas precisassem acontecer de forma online. Como critério de exclusão, para as duas categorias de participantes, foi estabelecido parto ocorrido há mais de 05 anos.

A proposta inicial quanto aos participantes da pesquisa incluía os familiares das mulheres que vivenciaram a assistência ao PDP. No entanto, em virtude de dificuldades no contato com as possíveis mulheres participantes e o tempo destinado à conclusão desta pesquisa, isso não foi viável, tendo como fator principal de dificuldade a pandemia pela COVID-19.

A seleção das enfermeiras obstetras ocorreu de forma intencional e pela técnica *snowball*, também chamada de bola de neve, quando se utilizam cadeias de referência ou indicações, ou seja, o investigador escolhe uma pessoa ou grupo inicial e pede a indicação de outras pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, de forma que as pessoas indicadas também podem ser solicitadas a indicarem mais pessoas (BOCKORNI; GOMES, 2021).

O convite para participarem da pesquisa foi realizado por meio de mensagem pelas redes sociais (Instagram e WhatsApp), com a apresentação do objeto do estudo, objetivos, metodologia e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram convidadas dezoito enfermeiras obstetras e realizadas nove entrevistas, sendo que quatro não responderam ao convite e cinco não prosseguiram com o agendamento para realizar a entrevista. O agendamento das entrevistas também ocorreu por meio de mensagens pelo WhatsApp ou Instagram.

Após o aceite, a maioria das entrevistas foi realizada de forma online (08), por meio do Google Meet ou WhatsApp, sendo apenas uma realizada de forma presencial em ambiente reservado no local de trabalho da enfermeira. Durante duas entrevistas tivemos interrupções breves, para atender ao chamado dos filhos e do colega de trabalho, sendo retomadas imediatamente.

Após a entrevista com as enfermeiras obstetras, foi solicitado que elas entrassem em contato com as mulheres assistidas por elas e que solicitassem a essas mulheres permissão para fornecerem seus contatos ou que entrassem em contato diretamente com a pesquisadora responsável, caso tivessem interesse em participar.

Dessa forma, as mulheres que repassaram seus contatos foram convidadas, também por mensagem no WhatsApp, com a apresentação do objeto, objetivos, metodologia da pesquisa, assim como com o envio do TCLE. Foram convidadas oito mulheres e realizadas sete entrevistas, sendo que todas aceitaram participar da pesquisa, porém uma não prosseguiu com o agendamento para realizar a entrevista, sem justificativa do motivo. Após o aceite, todas as entrevistas foram realizadas de forma online (07), por meio do Google Meet e WhatsApp.

Como forma de manter o anonimato, as participantes escolheram nomes fictícios.

A delimitação do número de participantes se deu pelo critério de saturação dos dados, momento no qual possa se estabelecer ou encerrar o número de participantes da pesquisa e interromper a inclusão de novos participantes, já que os dados obtidos apresentam, de acordo com o pesquisador, redundância ou repetição, não sendo necessário continuar a coleta de dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008), ou seja, nenhum novo elemento é encontrado e o acréscimo de novas informações não altera a compreensão do fenômeno investigado (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Segundo Minayo (2013), a abordagem qualitativa não se preocupa em relação à quantidade dos participantes, pois nesse tipo de estudo a quantidade é representativa quando permite ter compreensão do problema estudado e uma interpretação ampla do fenômeno.

4.3 Técnica e instrumento de coleta de dados

A entrevista é uma das técnicas mais utilizadas nos estudos qualitativos (MINAYO, 2013). É um encontro interpessoal para a obtenção de informações, a fim de gerar conhecimentos novos sobre as vivências humanas e permite ao pesquisador aprofundar no fenômeno e construir uma interação com os participantes da pesquisa (FONTANELLA; CAMPOS; TURATO, 2006). Utilizá-la é buscar compreender a subjetividade do indivíduo por meio de seus depoimentos, como determinada pessoa observa, vivencia e analisa seus contextos. E numa dimensão coletiva, é entender as relações que se estabelecem ou se estabeleceram onde o indivíduo está inserido, em determinado tempo e lugar (DUARTE, 2004).

Neste estudo, foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada que permite associar questões fechadas e/ou abertas, sendo que as participantes discorrem sobre a pergunta realizada, sem se limitarem a ela.

A coleta de dados foi estruturada para acontecer de forma presencial, cumprindo as regras de distanciamento social em virtude da pandemia. Porém, a maioria das participantes preferiram que as entrevistas fossem online. Elas aconteceram por meio de vídeo-chamada pelo WhatsApp ou Google Meet, de acordo com a preferência de cada participante. Apenas uma entrevista aconteceu de forma presencial, em local tranquilo e adequado que garantiu a privacidade da participante.

Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento das participantes, conforme o TCLE (APÊNDICE C e D). Naquelas que ocorreram de forma online, as participantes receberam o link do TCLE via Google Forms, por mensagem no WhatsApp, leram o documento e marcaram o campo “eu aceito”, confirmando o seu aceite em fazer parte da pesquisa.

Dessa forma, uma confirmação foi gerada automaticamente pelo Google Forms e enviada para o e-mail de cada participante. Na entrevista que ocorreu de forma presencial, a participante recebeu o TCLE impresso, leu e assinou confirmando a sua participação no estudo e recebeu uma via.

As entrevistas foram transcritas na íntegra para preservar a fidelidade das informações e transferidas para um pendrive que ficará arquivado durante cinco anos pelas pesquisadoras, no Núcleo de Extensão e Pesquisa em Saúde da Mulher (NEPEM)/UEFS.

O instrumento da coleta de dados consistiu em dois roteiros semiestruturados de investigação, um para mulheres (APÊNDICE A) e outro para enfermeiras obstetras (APÊNDICE B), compostos por três partes.

Para a categoria das mulheres, a primeira parte registrou a caracterização sociodemográfica: nome de escolha (codinome), idade, naturalidade, cor autorreferida, escolaridade, profissão/ocupação, situação conjugal, religião, renda pessoal e familiar.

A segunda foi composta por dados obstétricos: número de gestações, de partos e/ou abortos, via do parto (anterior), número de filhos vivos (e se coabitam), idade gestacional, data provável do parto e o número de consultas de pré-natal.

A terceira teve como questão principal de abertura: fale como foi a assistência domiciliar na sua gestação, parto e puerpério; e as aberturas existenciais foram: acolhimento/apoio dos profissionais de saúde; acompanhante nas consultas e no seu trabalho de parto; escolha do acompanhante; informações e explicações na gestação, parto e pós-parto; posição para parir; respeito à escolha da posição para parir; contato imediato com o filho; amamentação

na primeira hora após o parto; assistência na primeira semana pós-parto; gestação, parto e puerpério na pandemia do Coronavírus; intercorrências durante a gestação, parto e pós-parto; opinião da família sobre escolha do PDP; e motivação para escolher o PDP.

Para a categoria das enfermeiras obstetras, a primeira parte registrou a caracterização sociodemográfica: nome de escolha, idade, naturalidade, cor autorreferida, titulação, tempo de profissão, situação conjugal, religião e renda pessoal. A segunda versou sobre dados obstétricos: número de gestações, de partos e/ou abortos, via do parto (anterior) e número de filhos vivos (e se coabitam). A terceira correspondeu à questão principal: fale sobre prestar assistência domiciliar à gestação, ao parto e puerpério; e as aberturas existenciais: práticas assistenciais adotadas; motivação para prestar assistência domiciliar; intercorrências e/ou motivos de transferências para hospital; desafios da assistência domiciliar; procura pela assistência domiciliar durante a pandemia do Coronavírus; assistência ao PDP na pandemia; presença do acompanhante.

Este estudo teve algumas limitações como: pandemia em curso, dificuldade de contato e acesso na coleta de dados de forma online, pequena quantidade de profissionais que ainda prestam assistência ao parto domiciliar planejado na cidade de Feira de Santana, assim como o número reduzido de partos atendidos.

4.4 Técnica de análise dos dados

A validação do conhecimento científico e sua legitimação por meio da Análise de Conteúdo passam por uma apropriação e compreensão dessas fases em uma ação sistemática do pesquisador. Por esse motivo, pesquisas que trazem reflexão de como produzir conhecimento sobre a percepção dos participantes tornam-se de suma importância para pesquisadores que pretendem adentrar nessa técnica de análise de conteúdo e aplicá-la em seus estudos (SOUSA; SANTOS, 2020).

Cardoso, Oliveira e Ghelli (2021), discutem que os resultados obtidos, a confrontação sistemática com o material e o tipo de inferências alcançadas na fase da interpretação, podem servir de base a uma nova investigação, a partir de outras dimensões teóricas, ou através de técnicas diferentes.

Nesse estudo, os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo de Bardin (2011), que possibilitou a construção das categorias analíticas. Essa abordagem metodológica é entendida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que pretende alcançar indicadores (quantitativos ou não), por meio da descrição do conteúdo das mensagens de forma

sistemática e objetiva, que viabilizam as inferências de conhecimentos relacionados ao objeto de estudo (BARDIN, 2011).

Esse método tem o objetivo de analisar o que foi dito (verbalmente ou não) mediante uma investigação, para construir e apresentar concepções em torno de um objeto de estudo (BARDIN, 2011). Por isso, permitiu encontrar elementos que fundamentaram o estudo sobre o parto domiciliar planejado na ótica de mulheres e enfermeiras obstetras.

Essa técnica defendida é composta por três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Dessa forma, é possível elaborar vias de compreensão dos dados coletados e também produzir, ampliar ou direcionar a atenção a um determinado campo de conhecimento.

A pré-análise é a etapa de organização. Ela correspondeu à leitura e releitura das entrevistas, com seleção e recorte dos trechos das falas que foram utilizados para a análise e interpretação dos dados. Representou o momento de percepção e objetivou operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais para nortear os resultados.

A segunda etapa, exploração do material, tem por finalidade a categorização. Foi o momento de sistematizar os dados coletados. Para tal, foi elaborado um quadro analítico com o núcleo de sentido e a unidade de análise para ordenar, sintetizar e consolidar os dados em análise, com representação das primeiras inferências e construção das categorias analíticas.

Por último, a terceira etapa que diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos dados obtidos, é destinada à busca de significação de mensagens, ou seja, de descobrir por detrás do discurso aparente, um sentido não explícito, o que exige esforço de interpretação do pesquisador. Nesse momento foi realizado o aprofundamento da leitura do quadro analítico com atenção para os recortes das falas e as categorias que emergiram estabelecendo associações com as produções científicas que puderam contribuir com a consolidação dos resultados e a construção de um novo conhecimento sobre o parto domiciliar planejado na ótica das mulheres e enfermeiras obstetras.

Portanto, a Análise de Conteúdo é um método importante na pesquisa qualitativa, visto que procura analisar os sentidos e os significados das comunicações, considerando tanto o contexto de quem produz a mensagem, quanto de quem a recebe e os efeitos que ela produz, a fim de melhor compreender e interpretar a realidade (CARDOSO; OLIVEIRA; GHELLI, 2021).

4.5 Aspectos éticos da pesquisa

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UEFS com o parecer de nº 5.041.212 e CAAE nº 48933421.2.0000.0053. Respeitou os princípios determinados pelo Ministério da Saúde, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

As participantes tiveram sua autonomia respeitada, sendo assegurada a liberdade de permanecer ou não na pesquisa. Tiveram também a garantia de que as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e a sua participação será mantida em sigilo, sendo os dados divulgados de forma que impossibilite a sua identificação, através da utilização de nomes fictícios.

Este estudo pretende contribuir com a construção de saberes sobre a assistência à gestação, parto e puerpério no contexto domiciliar; dar visibilidade a esse tipo de assistência; despertar reflexões por parte de gestores e profissionais da prática obstétrica acerca da possibilidade da oferta pelo SUS da assistência em domicílio e motivar o planejamento de ações de melhorias contínuas da qualidade da assistência ao parto domiciliar. Por ter sido uma pesquisa de coleta de depoimentos, os riscos poderiam ser: o desconforto e constrangimento em falar da sua individualidade. Foi assegurado que se isso acontecesse, as participantes poderiam interromper a entrevista e recomeçar em outro momento, se desejassem, ou desistirem de participar. As pesquisadoras assumiriam toda responsabilidade por qualquer dano ou constrangimento, caso ocorresse, em decorrência da participação nesta pesquisa.

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação pelo CEP/UEFS. As participantes foram convidadas a participar da pesquisa e receberam informações quanto aos objetivos da pesquisa, riscos e benefícios, bem como os procedimentos para a coleta de dados e participação voluntária, com a leitura do TCLE.

Na entrevista presencial, o TCLE foi lido e assinado, em duas vias, ficando uma com a participante e outra com a pesquisadora. Na entrevista de forma online, o TCLE (disponibilizado por meio do Google Forms) foi lido e teve o campo “eu aceito” marcado pela participante, confirmando o seu aceite em fazer parte desta pesquisa. Uma cópia do TCLE, após a confirmação de participação, foi enviada para o e-mail de cada participante e da pesquisadora.

Quanto à divulgação dos resultados, assegurou-se que o relatório final ficará disponível no NEPEM/UEFS e será enviado no modo PDF via online às participantes. Uma cartilha sobre PDP será disponibilizada como produto acadêmico e como forma de contribuição social. Cada participante receberá um exemplar virtual desta cartilha.

4.6 Produções técnicas

Como produto técnico, requerido pelo perfil do Mestrado Profissional em Enfermagem da UEFS, foi elaborado uma cartilha (APÊNDICE E), com a temática Parto Domiciliar Planejado, com o objetivo de oferecer informação de qualidade para que as mulheres possam ser estimuladas e fortalecidas a pensarem no parto normal e no parto domiciliar planejado, já que optar por eles implica enfrentar todo o sistema e grande parte da sociedade. Isso exige informação e esforço das mulheres, companheiros e famílias, frente ao atual cenário obstétrico brasileiro, que é marcado por uma assistência baseada no modelo tecnocrático, biomédico e hospitalocêntrico.

A construção da cartilha se deu a partir de dúvidas comuns e recorrentes a respeito do parto domiciliar planejado, com a inclusão da percepção dos resultados apresentados neste estudo. Foi produzido também o artigo intitulado “O impacto da pandemia da COVID-19 na assistência ao parto domiciliar planejado”, já submetido em periódico da área de saúde. Serão produzidos, posteriormente, outros artigos decorrentes das demais categorias analíticas.

A cartilha e os artigos poderão suscitar reflexões por parte da sociedade e profissionais de saúde para a inclusão desse tipo de assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Poderão ficar ainda, como subsídio e sugestão para se pensar posteriormente na construção do projeto de política pública do PDP para os municípios estudados.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão apresentados pela descrição da caracterização das participantes e as categorias analíticas: A vivência da enfermeira obstetra na assistência ao Parto Domiciliar Planejado: motivações e desafios; As práticas das enfermeiras obstetras na assistência ao Parto Domiciliar Planejado; Intercorrências e transferências no Parto Domiciliar Planejado: a vivência das enfermeiras obstetras; Impactos da pandemia na assistência ao Parto Domiciliar Planejado; Vivência de mulheres que optam pelo Parto Domiciliar Planejado; e Acompanhante no Parto Domiciliar Planejado.

5.1 Caracterização das mulheres e enfermeiras obstetras

No quadro 01 e 02, apresentamos a caracterização das mulheres participantes do estudo. O quadro 01 faz referência aos aspectos sociodemográficos e econômicos. As mulheres se encontram na faixa etária de 28 a 36 anos. No quesito cor da pele, 03 declararam ser brancas, 03 pardas e 01 preta. A maioria (05) das participantes é casada, sendo 01 solteira e 01 divorciada. Em relação à religião, 04 não possuem religião, 02 protestantes e 01 classificada como outra (umbandista). A renda pessoal variou entre nenhuma e “acima de 6 salários mínimos” (consideramos o valor do salário mínimo de R\$1212,00). A renda familiar variou entre “3 a 6 salários mínimos” e “acima de 6 salários mínimos”. No que se refere à titulação, 01 participante está em processo de conclusão do curso superior e 06 possuem curso superior completo, sendo 04 destas pós-graduadas. Quanto à profissão, 03 eram psicólogas, 01 empresária, 01 engenheira, 01 advogada e doula e 01 estudante de pedagogia.

O quadro 02 apresenta os dados obstétricos das mulheres. A maioria (04) são primigestas e (05) primíparas. Em relação ao local de ocorrência dos partos, apenas 02 tiveram a experiência de parto hospitalar anterior ao PDP. Nenhuma das participantes realizaram cesárea e duas passaram por abortamento. A idade gestacional da última gestação variou de 38 semanas a 41 semanas e 03 dias e todas realizaram mais de 06 consultas de pré-natal com a equipe de PDP.

A escolha pelo PDP tem sido, em sua maioria, por mulheres de classe média que possuem maior acesso à informação e podem pagar por essa assistência. Esse resultado é semelhante em outros estudos que também apontam que o perfil de mulheres que optam por esse tipo de assistência, geralmente, possuem condição socioeconômica privilegiada e, conseqüentemente, maior acesso à informação de qualidade para tomarem essa decisão de

maneira segura e informada. Elas questionam o modelo hegemônico atual, em busca de um local para o parto que atenda às suas expectativas (ALMEIDA; ARAÚJO, 2020; CURSINO; BENINCASA, 2020; KOETTKER *et al.*, 2018; COLLAÇO *et al.*, 2017; SANFELICE; SHIMO, 2015a).

Apesar da escolha pelo PDP, na maioria das vezes, estar relacionada ao maior grau de instrução e ao acesso a informações, é importante que todas as mulheres, independentemente do nível de escolaridade, recebam informações de qualidade sobre essa assistência e seus benefícios (SANFELICE; SHIMO, 2015a).

Essa caracterização não é inesperada, já que a assistência ao PDP é oferecida de forma privada por profissionais autônomos, o que tende a ser direcionada a um público com maior poder aquisitivo. Associado a isso, a ausência de políticas públicas também contribui para a configuração desse perfil (CURSINO; BENINCASA, 2020; SOUZA, N. *et al.*, 2020).

O perfil de mulheres do nosso estudo, com alto grau de instrução e que possuem profissões de alto status social e econômico, também contribui para a desconstrução do preconceito de que o PDP é escolhido por mulheres desinformadas e que possuem estilo de vida alternativo.

Todos os profissionais envolvidos na assistência obstétrica deveriam contribuir com o conhecimento e acesso às informações seguras e não tendenciosas, visto que o conhecimento é uma ferramenta fundamental para a transformação da realidade, por exemplo, da atual assistência ao transcurso parturitivo e nascimento do Brasil, assim como para que haja possibilidade de escolha (SANFELICE; SHIMO, 2015a).

Quadro 01 – Aspectos sociodemográficos e econômicos das mulheres por codinome, idade, cor referida, situação conjugal, religião, renda pessoal e familiar, grau de instrução, profissão/ocupação. Feira de Santana-Ba. 2022.

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS								
Codinome	Idade	Cor referida	Situação conjugal	Religião	Renda Pessoal	Renda Familiar	Grau de Instrução	Profissão/ ocupação
Rute	31	Branca	Solteira	Nenhuma	3 a 6 salários mínimos	Acima de 6 salários mínimos	Superior completo	Psicóloga
Beatriz	28	Preta	Casada	Protestante	Nenhuma	3 a 6 salários mínimos	Superior em curso	Estudante
Alice	29	Branca	Divorciada	Nenhuma	3 a 6 salários mínimos	3 a 6 salários mínimos	Superior completo	Advogada e doula
Sara	35	Parda	Casada	Protestante	1 a 3 salários mínimos	Acima de 6 salários mínimos	Superior Completo	Empresária
Shirlei	35	Parda	Casada	Nenhuma	3 a 6 salários mínimos	3 a 6 salários mínimos	Superior Completo	Psicóloga
Camila	36	Branca	Casada	Nenhuma	Acima de 6 salários mínimos	Acima de 6 salários mínimos	Superior Completo	Psicóloga
Maria	33	Parda	Casada	Outra	Acima de 6 salários mínimos	Acima de 6 salários mínimos	Superior Completo	Engenheira

Quadro 02 – Dados obstétricos das mulheres por codinome, número de gestação, parto e aborto, tipo de parto e local de ocorrência, idade gestacional da última gestação e número de consultas de Pré-natal. Feira de Santana-Ba. 2022.

DADOS OBSTÉTRICOS							
Codinome	Número de gestação	Número de parto	Número de aborto	Parto normal /local de ocorrência	Cesárea	Idade gestacional da última gestação	Número de consultas de Pré-Natal
Rute	01	01	0	01 Domiciliar	0	41s 3d	Acima de 10
Beatriz	02	02	0	01 Hospitalar e 01 Domiciliar	0	40s 1d	Acima de 10
Alice	03	02	01	01 Hospitalar e 01 Domiciliar	0	39s 2d	Acima de 10
Sara	02	01	01	01 Domiciliar	0	38s	Acima de 10
Shirlei	01	01	0	01 Domiciliar	0	39s3d	Acima de 10
Camila	01	01	0	01 Domiciliar	0	41s	Acima de 10
Maria	01	01	0	01 Domiciliar	0	40s	Entre 06 e 10

No quadro 03, apresentamos a caracterização das enfermeiras obstetras. Se encontram na faixa etária de 30 a 57 anos. No quesito cor da pele, 04 declararam ser brancas, 02 pretas, 02 pardas e 01 amarela. A maioria (06) é casada, sendo 03 solteiras. Em relação à religião, 03 não possuem religião, 02 são católicas, 02 protestantes, 01 espírita e 01 classificada como outra. A renda variou entre “1 a 3 salários mínimos” e “acima de 6 salários mínimos”. No que se refere à titulação, 06 participantes possuem Pós-graduação do tipo Especialização, 01 possui Pós-graduação em forma de Residência, 01 possui Mestrado e 01 Doutorado. O tempo de formação em Enfermagem variou de 05 a 29 anos e o tempo de atuação na assistência ao PDP variou entre 05 meses a 12 anos, sendo que duas das participantes não atuam mais nessa assistência.

O perfil das participantes do estudo corrobora que a Enfermagem é uma profissão majoritariamente feminina e o campo da Enfermagem Obstétrica segue essa mesma tendência. Historicamente, o ato de partejar é de atuação feminina, percebido facilmente ao observar a trajetória da assistência ao parto (CARLOS *et al.*, 2019). Esse dado confirma a pesquisa de Silva *et al.*, (2019), na qual 100% das participantes eram do sexo feminino.

Em relação ao tempo de atuação no PDP, observamos que a profissional com mais tempo de experiência possui 12 anos de atuação. Essa informação demonstra que esse tipo de assistência é, relativamente recente em Salvador e Feira de Santana.

Em sua maioria, as participantes obtiveram o título de enfermeiras obstetras através da Pós-graduação na modalidade especialização. Esse achado difere do encontrado no estudo de Oliveira *et al.*, (2020), o qual buscou analisar a trajetória profissional das enfermeiras obstetras que atuam em parto domiciliar planejado e evidenciou que a maioria das enfermeiras cursaram a pós-graduação na forma de Residência.

Quadro 03 – Aspectos sociodemográficos e econômicos das enfermeiras obstetras por codinome, idade, cor referida, situação conjugal, religião, renda, titulação/instituição, tempo de profissão e tempo de atuação em PDP. Feira de Santana-Ba. 2022.

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS								
Codinome	Idade	Cor referida	Situação conjugal	Religião	Renda	Titulação /Instituição	Tempo de Profissão	Tempo de atuação em PDP
Rosa	32	Parda	Casada	Católica	3 a 6 salários mínimos	Residência (UFBA)	5 anos	8 meses
Eduarda	54	Preta	Solteira	Protestante	3 a 6 salários mínimos	Mestrado (UEFS)	27 anos	7 anos
Maria	34	Preta	Solteira	Nenhuma	Acima de 6 salários mínimos	Especialização (FTC)	10 anos	8 anos
Orquídea	40	Branca	Casada	Outra*	3 a 6 salários mínimos	Especialização (Atualiza)	19 anos	12 anos
Luana	32	Branca	Casada	Nenhuma	1 a 3 salários mínimos	Especialização (Atualiza)	7 anos	5 meses
Bela	36	Branca	Casada	Protestante	Acima de 6 salários mínimos	Especialização (FAT)	7 anos	Atuou por 2 anos**
Láís	57	Parda	Solteira	Espírita	Acima de 6 salários mínimos	Especialização (UEFS)	29 anos	8 anos
Simone	30	Branca	Casada	Nenhuma	3 a 6 salários mínimos	Doutorado (UFBA)	8 anos	10 meses
Manuela	30	Amarela	Casada	Católica	1 a 3 salários mínimos	Especialização (FAT e UNIFESP)	8 anos	Atuou por 1 ano e 6 meses**

* Participante adepta a todas as religiões, exceto a protestante.

** Participantes não atuam mais na assistência ao PDP.

5.2 A vivência das enfermeiras obstetras na assistência ao Parto Domiciliar Planejado: motivações, obstáculos e desafios

As enfermeiras obstetras que optam por prestar assistência ao parto domiciliar planejado têm essa escolha permeada por grandes desafios e motivada por diversos fatores. Com essa decisão, se afastam do modelo de trabalho que predomina no cenário obstétrico atual, dominado pelo modelo de assistência biomédico, tecnocrático e hospitalocêntrico, o qual tem os profissionais de saúde como sujeitos do transcurso parturitivo e a mulher como agente passivo e submisso à sua autoridade. A utilização das tecnologias se dá de forma inapropriada, com muitas intervenções desnecessárias, assim como as altas taxas de cesáreas e violência obstétrica.

Em contrapartida, o modelo humanizado busca resgatar valores como o protagonismo, a privacidade, a individualidade e a autonomia das mulheres. Esse modelo presume que segurança não é sinônimo de tecnologia e intervenção, mas envolve práticas que têm o objetivo de promover partos e nascimentos saudáveis, oferece procedimentos comprovadamente benéficos com base em evidências científicas e evita intervenções desnecessárias (MAIA, 2010).

As profissionais que estão insatisfeitas com a forma de trabalho desse modelo hegemônico na maioria das instituições, discordam dele e não o aceitam. Sentem a necessidade de se afastar e buscar uma nova maneira de exercer a sua função, em uma realidade diferente (SANFELICE *et al.*, 2014). As inquietações das enfermeiras obstetras, quanto ao modelo hegemônico da assistência, despertaram o interesse em resgatar o PDP como modelo de atenção humanizada ao parto e nascimento (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2014).

Nesse sentido, percebemos que discordar da forma de trabalho no ambiente institucionalizado, que tem a assistência pautada no modelo tecnocrático e biomédico, é um dos motivos para que as enfermeiras obstetras atuem na assistência ao parto domiciliar planejado, visto que essa assistência se manifesta como uma alternativa viável e coerente com seus valores e princípios, tanto pessoais quanto profissionais (SANFELICE *et al.*, 2014).

[...] Eu comecei trabalhando numa maternidade, onde eu assistia “n” intervenções e foi a partir daí que comecei a me questionar: porque a forma de nascer tinha que ser daquela forma? [...] fui buscando outras formas de assistir o parto e aí você vê: não faz mais sentido eu fazer parte desse cenário (EO – MARIA).

[...] A gente que trabalha no hospital obstétrico, não consegue fazer o trabalho respeitoso: da mulher escolher como quer parir, onde quer parir, de dar uma assistência melhor e mais personalizada pra cada paciente [...] e a mulher escolher ser a protagonista desse parto (EO – LAÍS).

[...] É no sentido de ir contra esse sistema, é isso que me mobiliza. Eu tenho um desejo de fortalecer esse espaço (do parto domiciliar). Onde enxergo que as mulheres

possuem maior autonomia no seu processo de gestação, de parturição e puerpério [...] ela vai ser ela na versão autêntica que ela é. E a gente tem um sistema que contrapõe todo esse processo (EO – SIMONE).

[...] Trabalhar com parto domiciliar, eu já tinha vontade desde a graduação [...] eu não gosto do ambiente hospitalar. Eu acho que a gente acaba perdendo muito dessa questão da humanização. [...] O Brasil é um dos países campeões em violência obstétrica e em cesáreas, inclusive, a maior parte delas são cesáreas desnecessárias, [...] é muita intervenção [...], tratam a mulher como objeto [...]. Isso existe no ambiente hospitalar e quando a gente passa para domiciliar, é outro local, não existe isso (EO – LUANA).

Os discursos de Maria, Laís, Simone e Luana expressaram a insatisfação com o modelo de assistência prestada no ambiente institucional e a intenção de atuar em conformidade com o modelo humanizado ao tentar garantir uma assistência qualificada, respeitosa e personalizada, sem intervenções desnecessárias, sem violência obstétrica, com a mulher sendo protagonista do transcurso parturitivo, e assim proporcionar mudança no cenário do parto e nascimento e contribuir para uma vivência positiva desse momento.

A possibilidade de resgate da humanização da assistência ao nascimento, frente a insatisfação com as condições oferecidas pelas maternidades para a prática da assistência conforme seus ideais (CURSINO; BENINCASA, 2020) e com o modelo de assistência predominante no contexto hospitalar (KOETTKER, 2016), assim como o testemunho de situações de violência obstétrica (SANFELICE *et al.*, 2014) são fatores motivadores para que as enfermeiras obstetras atuem no domicílio.

No estudo realizado por Santos *et al.* (2021), o respeito à mulher e suas escolhas, a possibilidade de ofertar cuidado humanizado e um novo modelo de assistência, assim como a desaprovação de algumas práticas, protocolos e a violência obstétrica presenciada em instituições hospitalares, também foram os motivos citados pelas enfermeiras obstetras para atuarem no PDP, como descrito também nas falas de Maria, Rosa e Bela:

[...] Eu acho que viver essa relação com a família, adentrar a casa e aquela história, um sonho de uma família que está crescendo, de que quer parir em casa, e o desejo dela de não querer passar por intervenções ou por violência obstétrica e eu saber que eu estou ali, contribuindo pra ela ter uma vivência de parto positiva [...] essa parte é o que move, muito forte! (EO – MARIA).

[...] Eu sempre buscava por essa linha da assistência mais humanizada. [...] O que sempre me motivou a querer trabalhar com parto domiciliar foi o respeito à escolha da mulher (EO – ROSA).

[...] Eu achava que todas as mulheres deveriam ter esse direito a uma assistência de qualidade e respeitosa, e o domicílio seria esse lugar perfeito [...] onde os estudos mostram que são muito mais seguros para aquele desfecho de parto, embora o nosso sistema diga que não (EO – BELA).

O PDP reforça a liberdade, a autonomia, o protagonismo e o respeito às escolhas e cultura da mulher e sua família (SANTOS *et al.*, 2021). A atuação da enfermeira obstetra se

configura como um dos pilares do processo da humanização, em meio ao movimento de resgate ao parto como evento fisiológico e natural, e está associada a segurança e satisfação da mulher (ALMEIDA; ARAÚJO, 2020).

Os benefícios da assistência prestada pelas enfermeiras obstétricas são diversos. Retomaremos alguns que já foram elencados nesse estudo como: associação com aumento do número de partos normais, redução de cirurgias cesarianas e intervenções desnecessárias e prejudiciais às mulheres, seus bebês e famílias no transcurso de parto e nascimento, bem como das complicações de saúde e da mortalidade materna e infantil, especialmente no grupo neonatal (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS, 2022).

Apesar de serem reconhecidos os benefícios da atuação das enfermeiras obstetras, a atenção ao transcurso parturitivo dentro das instituições hospitalares é limitada, apesar de serem profissionais com capacidade técnica, conhecimento científico e terem instrumentos legais que amparem, orientem e fortaleçam seu exercício profissional.

A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, Lei nº 7.498, regulamenta a profissão e define que as enfermeiras são legalmente habilitadas para prestar assistência à gestante, parturiente e puérpera, assim como o acompanhamento da evolução e do trabalho de parto e execução do parto sem distócia (BRASIL, 1986).

O Protocolo Assistencial da Enfermeira Obstetra no Estado da Bahia (GRAMACHO *et al.*, 2014), orienta a prática dessas profissionais. O Ministério da Saúde, por meio das Portarias nº 2.815 e nº 163, autoriza a atuação da enfermeira obstetra na internação, admissão e parto, além de pagar pelo parto normal assistido por essas profissionais no SUS (BRASIL, 1998a; 1998b). A Resolução Normativa nº 167 da ANS garante a cobertura da assistência ao parto normal realizada por enfermeira obstetra pelos planos hospitalares com obstetrícia (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2007).

O parto domiciliar planejado, no Brasil, não possui regulamentação específica. É importante destacar que a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (BRASIL, 1986) não restringe o local de atuação dos profissionais. Portanto, entende-se que as enfermeiras obstetras estão amparadas legalmente para atuarem no âmbito domiciliar.

Nesse contexto, a assistência domiciliar ao parto pode representar lugar de autonomia para a atuação das enfermeiras obstetras. Motivo para que elas optem por prestarem essa assistência, como descrito nas falas de Orquídea, Simone e Bela:

[...] Eu comecei a questionar a falta de autonomia da enfermeira obstetra frente a atenção ao parto. Se a gente tinha protocolo, sustentação e apoio técnico, porque tínhamos que ficar na submissão ao profissional médico se a gestação era de risco habitual? [...] Se eu pudesse sintetizar: a falta da autonomia da enfermeira obstetra frente ao parto me abriu portas pra buscar outro tipo de coisa. Que aí veio a autonomia

que a gente tem dentro de uma assistência domiciliar. Eu fiquei totalmente encantada! (EO – ORQUÍDEA).

[...] O parto domiciliar também revela para mim uma identidade da atuação da enfermeira. É um cenário onde a gente tem autonomia enquanto profissional nos processos de decisões, que é muito compartilhado, não é unilateral. Eu enxergo que é um espaço diferente (EO – SIMONE).

[...] Trabalhar com autonomia, sem intervenção desnecessária [...] é muito bom, é grandioso (EO – BELA).

As falas acima referendam que as enfermeiras obstetras possuem maior autonomia e liberdade profissional para atuar no ambiente domiciliar, quando comparado ao hospitalar, onde o modelo biomédico é consolidado e encontram restrições para a sua atuação, ainda que a legislação lhes garanta autonomia (KOETTKER, 2016; SANTOS *et al.*, 2021).

A autonomia da enfermeira está conectada com práticas e saberes desenvolvidos ao longo dos séculos, que capacitam a profissional para desempenhar suas atividades específicas para o cuidado (SILVA *et al.*, 2019).

Assim, apesar de todo arcabouço legal e de formação, atrelado a vontade de fazer diferente, ainda fica uma indagação: porque as enfermeiras obstetras não conseguem atuar com autonomia e liberdade profissional no ambiente hospitalar?

O estudo realizado por Oliveira *et al.* (2020) demonstra que a atuação da enfermeira obstetra no ambiente hospitalar fica restrita devido à necessidade de cumprimento das normas, rotinas e protocolos institucionais, muitas vezes em discordância com as evidências científicas (SANFELICE *et al.*, 2014), o que é diferente na assistência domiciliar, na qual essas profissionais podem atuar com maior liberdade e autonomia (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Na maioria das situações, o profissional contratado por determinada instituição aceita a condição de seguir os protocolos adotados por ela, ainda que não estejam condizentes com as evidências científicas recentes, como forma de manter as relações de trabalho estáveis e de garantir o seu emprego (SANFELICE *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2019).

Ao se submeter ao vínculo trabalhista institucional, essas profissionais encontram muitas interferências no ambiente hospitalar, as quais estão relacionadas ao próprio modelo hegemônico de atenção ao parto, e a não aceitação, por parte de outros profissionais, da sua prática como especialistas na assistência ao transcurso parturitivo de risco habitual (SILVA *et al.*, 2019).

Nesse cenário, os partos são assistidos sobretudo por médicos obstetras, sendo que a atuação das enfermeiras obstetras, muitas vezes, é vista como uma disputa de poder e acarreta em conflitos na atuação dessas especialidades, o que dificulta, ainda mais, o exercício da

autonomia da enfermeira obstetra. Além disso, a ausência da interdisciplinaridade na assistência resulta em falta de espaço para a sua atuação, especialmente na assistência ao parto. Existe, também, o costume das relações de hierarquia no ambiente hospitalar (SILVA *et al.*, 2019).

Conforme discutem Winck, Bruggemann e Monticelli (2012), o modelo biomédico vigente no ambiente institucional reforça a hegemonia médica, o que pode ser considerada uma das barreiras para o exercício da autonomia das enfermeiras obstetras e até mesmo de outros profissionais. Nesse modelo, o profissional médico é visto como o detentor do saber e quem toma as decisões em relação à assistência, conduzindo os outros profissionais a um lugar de submissão.

A recente substituição da Rede Cegonha pela RAMI foi uma decisão unilateral do MS, sem qualquer pactuação com a Comissão Intergestores Tripartite, com o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) ou com outras instâncias. Ignorando também, dispositivos legais e evidências científicas. Essa nova política reforça o modelo biomédico, vertical e hierárquico quando dá ênfase à atuação do médico obstetra, não contempla a assistência às crianças e exclui as enfermeiras obstetras e obstetrizes da assistência ao parto e nascimento (CONASEMS; CONASS, 2022; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2022a).

Com isso, pode-se esperar que a autonomia e liberdade do exercício profissional das enfermeiras obstetras e de outras categorias, diferentes da médica, sejam cada vez mais cerceadas no cenário do parto e nascimento dentro das instituições. Também, podemos sugerir que isso trará impactos negativos para a assistência às mulheres e recém-nascidos, visto os benefícios agregados pela assistência dessas profissionais.

Diante desse contexto de desmonte de uma rede consolidada de atenção materno fetal, a Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (2022) e a Associação Brasileira de Enfermagem (2022), afirmam que essa nova política pública, ao desconsiderar a enfermeira obstetra e obstetrizes no cuidado às mulheres e recém-nascidos, representa um retrocesso no direito à atenção qualificada, segura e humanizada ao transcurso parturitivo e no direito ao nascimento seguro, e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis por meio do SUS.

Segundo a OMS, a atuação das enfermeiras obstetras é indispensável para reduzir a mortalidade materno-infantil. Países que possuem os melhores indicadores de assistência nessa área têm a atuação dessas profissionais de forma qualificada e integrada ao sistema de saúde (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS, 2022).

Sendo assim, o Brasil, atualmente, caminha na contramão para atingir esses objetivos ao instituir a RAMI. Portanto, diante dessas considerações, é importante mencionar que é preciso

mudanças no modelo obstétrico dominante, a fim de que essas profissionais possam atuar com autonomia e as mulheres possam ter acesso a assistência qualificada e segura, também no ambiente hospitalar.

Defendemos ainda, que o ambiente domiciliar pode favorecer que as enfermeiras obstetras atuem com autonomia e liberdade profissional, o que permite assistir as mulheres e seus filhos de maneira respeitosa e com qualidade. No entanto, atuar nesse cenário traz consigo grandes desafios.

A assistência domiciliar ao parto é um modelo contrário ao modelo de assistência e de trabalho predominantes, caracterizados pelo parto institucional, uso indiscriminado da tecnologia e pelo grande número de intervenções, que leva em consideração preferencialmente o interesse dos profissionais de saúde e as questões financeiras envolvidas no sistema. Romper esse modelo hegemônico é uma atitude permeada por preconceitos, medos, questionamentos e desafios (SANFELICE *et al.*, 2014).

As enfermeiras obstetras que escolhem essa assistência possuem sentimentos ambíguos. Ao mesmo tempo em que se sentem realizadas profissionalmente, vivenciam as dificuldades que surgem ao atuarem no cenário domiciliar, como podemos perceber com os trechos descritos abaixo:

[...] Tem seus sabores e dissabores, da atuação como enfermeira obstetra no parto domiciliar. É um sonho sendo realizado. [...] Com o tempo eu fui percebendo que ainda tinham outros vieses que eu ainda ia conhecer, que tinha os dissabores que eu ia experimentar (EO – MARIA).

[...] O meu sentimento hoje ele é dúbio. [...] Estar nesse lugar de assistência exclusiva ao parto domiciliar é um lugar muito maravilhoso, porque eu amo fazer isso. Porém é muito difícil bancar o sistema no lugar de enfermeira obstetra (EO – ORQUÍDEA).

[...] Ser enfermeira obstetra no âmbito domiciliar é sempre um desafio. Porque é meio que você lutar contra o sistema. O sistema diz que você não pode, que é errado, que é loucura. Mas, em contrapartida, a gente tem as evidências que mostram que o parto domiciliar é seguro. [...] O tempo que trabalhei com o parto domiciliar foi muito bom! (EO – BELA).

[...] Tem bastante. Ave Maria, só tem desafio! Pra mim, o mais forte de todos é porque é um modelo contra hegemônico. [...] A gente tem um sistema forte, inclusive, médico hegemônico, contra a nossa atuação. [...] É difícil e precisa muita garra, força de vontade para peitar esse sistema (EO – SIMONE).

As falas dessas enfermeiras obstetras reportam a existência de desafios na assistência ao parto domiciliar, principalmente em relação ao sistema, ao modelo obstétrico que predomina atualmente, já discutido anteriormente. Então, para elas, prestar esse atendimento envolve uma constante luta contra esse modelo e em prol do PDP (SOUZA, N. *et al.*, 2020).

Esse achado corrobora o do estudo de Souza N. *et al.* (2020), no qual as enfermeiras obstetras relataram que o maior desafio enfrentado no atendimento ao PDP é o sistema

medicalocêntrico, tecnocrata, intervencionista e hospitalocêntrico consolidado na sociedade e na formação dos profissionais de saúde.

Podemos inferir nesse cenário discutido, que o modelo de atendimento ao PDP é pouco conhecido pela sociedade brasileira, e até mesmo por grande parte dos profissionais da área da saúde, o que fomenta ideias e informações preconceituosas e equivocadas a seu respeito e prejudica a sua divulgação (SANFELICE *et al.*, 2014). Isso decorre devido à consolidação do modelo obstétrico dominante e do modo de pensar dos profissionais de saúde, que desconhecem os dados nacionais e internacionais referentes ao PDP (VALINHO *et al.*, 2021). Dito isso, é necessário que haja uma superação do atual modelo obstétrico e de mudança quanto ao pensamento dos profissionais de saúde.

É perceptível que o PDP é um modelo de assistência contra hegemônico e isso gera conflitos com os profissionais de saúde e a sociedade, de modo geral, que não são adeptos a esse modelo. Ainda existem preconceitos em relação a essa assistência, tanto por parte da sociedade, como por parte dos profissionais de saúde, identificados nas falas a seguir:

[...] A gente vive numa sociedade que não está preparada para o parto domiciliar. A gente está desbravando isso, mas ainda tem muito preconceito em torno do parto domiciliar. Muita gente não entende, não sabe o que é (EO – LUANA).

[...] Tem toda a aceitabilidade social também com relação ao parto domiciliar. A gente vem de um rumo de se acreditar que a cesárea é melhor opção, [...] de que (o PDP) é arriscado. [...] A sociedade tem isso muito fortalecido, enraizado, e desmistificar isso é difícil. [...] São concepções sociais que as pessoas vão carregando e muitos mitos por trás disso (EO – SIMONE).

[...] Ainda se tem um preconceito. [...] As pessoas dizem que eu sou “haribô” (palavra que traz um conceito de alternativo, hippies) [...] perguntam assim: “e você leva o quê para o parto em casa?” Parece que a gente vai com um par de luvas e um chumaço de ervas e que trabalhamos com zero de evidências. [...] Quando eu falo com o que trabalho, preciso fazer uma desconstrução enorme (EO – MARIA).

[...] Preconceito que eu falo, dos próprios colegas, tanto das enfermeiras e dos médicos. Eles acham maluquice, que evolução é parir no hospital, com todas as intervenções, parir em casa é retrocesso (EO – LAÍS).

[...] É muito difícil [...] quando as próprias enfermeiras obstetras desconhecem ou não validam a assistência ao parto domiciliar (EO – ORQUÍDEA).

As falas de Luana, Simone e Maria expõem o preconceito social que envolve a assistência ao parto domiciliar planejado, enquanto as falas de Laís e Orquídea abordam o preconceito dos profissionais de saúde. Essa situação envolve o desconhecimento, a falta de informações seguras sobre a assistência domiciliar ao parto e o enraizamento de conceitos, pensamentos que foram construídos ao longo da história. A cultura que impera na contemporaneidade é de que o normal e mais seguro é nascer via cirurgia cesariana e o parto vaginal é sinônimo de retrocesso, perigo e sofrimento, quanto mais se ele acontecer em casa.

Nossos resultados se assemelham com os do estudo de Pascoto *et al.* (2020) que teve o objetivo de investigar as dificuldades encontradas pelas enfermeiras obstetras que atuam na assistência ao PDP. Nessa pesquisa, as enfermeiras relataram enfrentar preconceito por parte da sociedade de forma geral e também pelos profissionais de saúde. Associam esse preconceito com a falta de informações consistentes e conceitos errôneos a respeito da assistência ao PDP.

Para as enfermeiras obstetras, a desinformação ou o acesso às informações falsas são um desafio para a promoção do PDP e as tornam alvo constante de julgamentos.

[...] Aconteceu qualquer coisa, a culpa é porque foi de parto domiciliar e porque teve assistência de enfermeira, certeza! (EO – ROSA).

[...] Eu poderia lhe dizer muito claramente que não é fácil prestar assistência de parto domiciliar, enquanto enfermeira obstetra [...] porque a gente não tem reconhecimento do parto domiciliar e da enfermagem obstétrica no parto domiciliar. [...] É a marginalização do parto domiciliar e da enfermagem obstétrica (EO - ORQUÍDEA).

[...] Qualquer situação específica, a culpa passa a ser do parto domiciliar e não de outros contextos. A gente tem uma realidade onde muitos recém-nascidos nascem em más condições em maternidades, por conta da desassistência, RNs morrem em maternidades, mas a sociedade não enxerga que foram mal assistidos. Mas se acontece qualquer coisinha no contexto domiciliar, isso é condenado. A culpa é porque aconteceu no domicílio (EO – SIMONE).

Estudo de Matão *et al.* (2016) aponta que a explicação para esse preconceito envolve uma contextualização histórica, visto que ao longo dos anos, a sociedade e profissionais de saúde desenvolveram um modelo de assistência ao parto que considera a tecnologia avançada como sinônimo de qualidade e segurança.

Além disso, a maioria da população acredita que o médico é o único profissional capacitado para a assistência ao parto. Embora, como já discutimos, existam leis que respaldam as enfermeiras na assistência à gestação, parto, e pós-parto e que incentivam sua atuação. É provável que o modelo obstétrico atual contribua para a existência e perpetuação de um cenário não favorável à enfermagem.

Durante muitos anos o parto domiciliar era assistido de forma empírica, não planejada e muitas vezes resultava em riscos e/ou complicações para a mãe e recém-nascido, por falta de assistência adequada, o que pode levar à falsa ideia de que hoje a realidade é a mesma (SOUZA, N. *et al.*, 2020). Efeito provocado pela falta de conhecimento e divulgação.

Nesse contexto, a sociedade percebe o parto no ambiente domiciliar como um retrocesso ao modo de assistência realizado em outro contexto histórico. Acredita que as mulheres e recém-nascidos estão sendo privados dos benefícios dos avanços científicos e das tecnologias atuais. Tal percepção está associada à concepção social de que o hospital é o único local para o parto seguro, o que tornou esse evento pertencente ao ambiente hospitalar, e que quando

ocorrido em casa, é um evento anormal e relacionado à falta de assistência (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2016; SILVA *et al.*, 2019), ideias validadas pelo modelo obstétrico dominante.

Dessa maneira, é compreensível o embate gerado diante da mudança que a atenção domiciliar suscita ao modelo de assistência, que parte de uma prática tecnicista, intervencionista e biomédica, para um cuidado realizado por profissionais não médicos, em sua maioria, que retoma o parto natural, fisiológico, com pouca ou nenhuma intervenção e/ou tecnologias (PASCOTO *et al.*, 2020), salvo quando há necessidade.

Os profissionais de saúde exercem grande influência nas decisões das mulheres. Aqueles que são contra essa prática ou que não têm conhecimento sobre o PDP, desaconselham e desencorajam as mulheres a parirem em casa (SOUZA, N. *et al.*, 2020). No entanto, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal afirmam que os profissionais não devem desencorajar, principalmente às múltiparas, a escolha do domicílio como local para o parto, desde que seja assegurado o acesso ao hospital em tempo hábil e oportuno, nos casos de necessidade de transferência (BRASIL, 2017). O parto em casa é uma opção reconhecida pela OMS há décadas.

A maioria dos profissionais médicos e suas organizações são resistentes ao modelo de assistência domiciliar ao parto, mesmo que as evidências científicas apontem a segurança do PDP, desde que a gestação seja de risco habitual (ALMEIDA; ARAÚJO, 2020). O estudo de Matão *et al.* (2016), que objetivou conhecer o que os médicos obstetras pensam sobre o PDP, demonstra a falta de conhecimento em relação à condução do parto normal baseado em evidências científicas por esses profissionais, além da falta de experiência e conhecimento com relação à prática do PDP. Soma-se a isso o fato de não manifestarem interesse no assunto.

No Brasil, as enfermeiras obstetras são as profissionais de saúde que praticam majoritariamente a assistência ao PDP (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2019). Porém, ainda há profissionais dessa categoria que são resistentes e possuem conceitos equivocados a seu respeito.

O estudo de Cunha *et al.* (2021), ilustra tal estrutura, ao identificar que médicos e enfermeiras, especialistas em obstetrícia e neonatologia, que atuam em um hospital público do interior do Estado de São Paulo e não possuem nenhuma experiência com a assistência domiciliar, apesar de entenderem que o PDP é uma opção de assistência viável às mulheres, desde que sejam atendidos alguns critérios de elegibilidade, ainda consideram que o PDP é potencialmente mais perigoso para mulheres e recém-nascidos, quando comparado com o parto hospitalar. Essa postura contraria as evidências científicas atuais e demonstra ausência de

clareza sobre o tema entre os participantes do estudo.

Essa situação repercute diretamente no trabalho das enfermeiras obstetras que atuam com o PDP. Por isso, a informação de qualidade, baseada em evidências científicas é a melhor forma de combater esse preconceito e desmistificar os pensamentos equivocados. É preciso ressaltar os benefícios e potencialidades do PDP.

Para referendar resultados maternos e fetais satisfatórios quando se trata do PDP, podemos citar recente revisão sistemática com meta-análise de Rossi e Prefumo (2018), que comparou os desfechos do PDP com o parto hospitalar. As mulheres que tiveram o PDP apresentaram maior taxa de partos espontâneos, maior sucesso de parto normal e menor chance de receberem intervenções, ou seja, menor probabilidade de serem submetidas à indução e à cesariana. Tiveram, também, menor risco de distócia fetal e de hemorragia pós-parto. Além disso, as taxas de morbimortalidade neonatal foram semelhantes nos dois ambientes.

Em casa, a parturiente estará confortável, emocional e fisicamente, em um local conhecido, com seus familiares e será respeitada em suas escolhas. O recém-nascido terá contato imediato com a mãe, poderá ser amamentado, receber os primeiros cuidados no colo da mãe, ou até mesmo por ela, com o momento da hora dourada, primeira hora de vida, respeitado. Quando as gestantes estudam sobre o PDP, passam a refletir a respeito e se sentem motivadas a escolher por essa assistência (SOUZA, N. *et al.*, 2020).

A falta de informação de qualidade sobre a assistência domiciliar ao parto está relacionada ao fato de que a maioria da população não possui acesso ao conhecimento científico, por dispor de baixas condições socioeconômicas e de escolaridade, como também pelo desinteresse dos profissionais de saúde em informar às mulheres (MATÃO *et al.*, 2016).

Assim, para tentar contrapor a desinformação, como estratégia para superar as concepções equivocadas da sociedade, decorrentes do processo cultural, assim como expandir o conhecimento científico, a respeito da assistência domiciliar ao parto, sugere-se o desenvolvimento de pesquisas para produção de evidências científicas, a divulgação dessa temática por meio de publicações em periódicos científicos, bem como por meio da mídia, de forma geral, com entrevistas em jornais, revistas, além da propagação, pelas mulheres que vivenciaram o PDP, dos seus relatos, entre os seus conhecidos, páginas da internet e redes sociais. Dessa forma, o conhecimento sobre o tema seria popularizado e ampliaria a compreensão desse modelo assistencial, bem como da atuação das enfermeiras obstetras frente ao parto (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2016; PASCOTO *et al.*, 2020; CUNHA *et al.*, 2021).

No cenário obstétrico brasileiro, as enfermeiras obstetras estão em uma posição

desfavorecida, tanto no contexto da assistência hospitalar, quanto domiciliar. No primeiro, por enfrentar diversas barreiras para atuar com autonomia e liberdade. E no segundo, por não terem conquistado ainda, um espaço socialmente aceito e regulamentado para atuar (PASCOTO *et al.*, 2020).

A realidade do cenário internacional é diferente. Em países onde a assistência domiciliar é integrada ao sistema local de saúde, como o Canadá, Estados Unidos e Holanda, o cenário é mais favorável à atuação das enfermeiras obstetras (PASCOTO *et al.*, 2020).

No Brasil, o PDP permanece sem uma regulamentação específica (ALMEIDA; ARAÚJO, 2020). A inexistência de políticas públicas para essa assistência contribui com o preconceito existente por parte da sociedade e dos profissionais de saúde, bem como dificulta o seu desenvolvimento pelas enfermeiras obstetras. Além disso, torna essa assistência inacessível financeiramente à maioria das mulheres brasileiras, já que é oferecida somente de forma particular, conforme descrito nas falas abaixo:

[...] O parto domiciliar é lindo, seguro, maravilhoso, mas ele não é acessível. Nem todo mundo tem condições de pagar. Se a gente conseguisse oferecer isso pra quem quer, mas que não tem condições, seria excelente. Já pensou se essas mulheres do SUS, que querem parir domiciliar, tivessem acesso? (EO – ROSA).

[...] Sempre me incomodou muito essa questão de que ainda é uma raridade, é pouco acessível. O parto domiciliar ele não é uma realidade para todas as mulheres, ainda é caro no Brasil. Claro que tem um valor pra isso, tem um custo, mas eu acredito que, pode ser até uma utopia, mas eu gostaria que todas as mulheres, as mulheres que desejam parir em casa, possam ter esse direito (EO – LUANA).

[...] É uma assistência que fica onerosa. Então não é o perfil de qualquer grupo que vai conseguir ter acesso. É um grupo, realmente, que precisa de, minimamente, de condições financeiras favoráveis para conseguir pagar um parto domiciliar (EO – SIMONE).

Nas falas de Rosa, Luana e Simone, fica perceptível que o PDP não é acessível a todas as mulheres que desejam essa assistência. Para isso, é necessário que esse modelo faça parte de uma política pública e seja disponibilizado pelo SUS.

A assistência domiciliar ao parto é uma opção ainda restrita somente às mulheres e famílias que possuem condições financeiras para custeá-la (CURSINO; BENINCASA, 2020). No Brasil, há um pequeno número de atendimentos de PDP ofertados pelo hospital público Sofia Feldman, com assistência das enfermeiras obstetras e apoio de obstetra, pediatra e de toda a estrutura hospitalar, em caso de necessidade (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESPÍRITO SANTO, 2015).

O fato do PDP não ser contemplado pelas políticas públicas de saúde, de não possuir protocolo próprio e o sistema de referência e contra referência, conseqüentemente, não funcionar, fragiliza a assistência às mulheres e família, e os profissionais que a prestam

(COLLAÇO *et al.*, 2017).

Segundo Matão *et al.* (2016), é relevante a criação de políticas públicas e o incentivo de órgãos governamentais, a fim de desenvolver e fortalecer essa assistência. Logo, contribuiria para a acessibilidade desse atendimento e possibilitaria às mulheres vivenciarem o transcurso parturitivo de forma satisfatória.

A inclusão do PDP nas políticas públicas de saúde é importante para garantir a proteção legal das mulheres que fazem essa escolha e das enfermeiras obstetras que atuam nessa assistência (PASCOTO *et al.*, 2020). Dessa forma, a inexistência da política pública é considerada como um desafio para a assistência domiciliar.

No caminho contrário ao desenvolvimento de uma política pública que inclua o PDP, o MS emitiu, no final do ano de 2021, a Nota Técnica Nº 2/2021. Inicia o documento afirmando que “toda gestante deve ter seus direitos e escolhas respeitados” quanto ao local do parto (BRASIL, 2021a, p.1). Mas para exercer esse direito é necessário que seja informada sobre as vantagens e os possíveis riscos a respeito do local de sua escolha.

Tal entendimento corrobora a orientação da IFGO, OMS, AOM e da *National Institute for Health and Care* (NICE), por exemplo, que trazem: as mulheres devem ter acesso às informações de qualidade para então escolherem de maneira consciente o local de parto que mais se sentirem seguras, podendo ocorrer no nível mais periférico onde a assistência adequada for viável, como o seu domicílio, (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996; INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNAECOLOGY AND OBSTETRICS, 1992; ASSOCIATION OF ONTARIO MIDWIVES, 2015; NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2017), desde que atendam os critérios de elegibilidade e que a assistência seja realizada por profissional capacitado e com plano de transferência em casos de necessidade (CURSINO; BENINCASA, 2020).

No entanto, no final dessa Nota, o MS se posiciona contrário à assistência domiciliar ao parto e afirma que “ancorado no princípio da precaução ou prudência e baseando-se no eixo da garantia da segurança no cuidado materno-infantil, desaconselha o parto domiciliar, no contexto brasileiro” (BRASIL, 2021a, p.3).

Ignora ainda, as recomendações dessas organizações e os achados na literatura (internacional e nacional) que demonstram segurança no PDP, apesar da produção nacional ainda ser considerada insuficiente nessa área (CURSINO; BENINCASA, 2020).

Nesse conjunto de controvérsias, é relevante destacar que nenhum dos ambientes em que o parto acontece é isento de riscos, nem mesmo as instituições hospitalares. A posição do MS, referente à recente Nota Técnica, é contraditória com as “Diretrizes Nacionais de

Assistência ao Parto Normal”. Nesse documento, o MS afirma que não se deve desencorajar as mulheres, principalmente multíparas, que escolhem a assistência domiciliar ao parto (BRASIL, 2017). E ao considerar que a maioria dos profissionais que prestam a assistência domiciliar ao parto é de enfermeiras obstetras, essa nota diz respeito ao trabalho dessas profissionais também. Dessa forma, descredibiliza e dificulta a atuação delas.

O governo atual tem se mostrado na contramão da promoção da assistência materno-infantil baseada em evidências científicas, desconsiderando a atuação das enfermeiras obstetras nesse contexto. São exemplos disso a instituição da Rede Materna e Infantil (RAMI), já discutida anteriormente, essa Nota Técnica contrária ao parto domiciliar planejado e a nova Caderneta da Gestante, 6ª edição, lançada dia 04 de maio de 2022.

A nova caderneta incentiva práticas consideradas como violência obstétrica, prejudiciais, proscritas e contraindicadas, como a manobra de Kristeller, que está relacionada a lesões e desfechos desfavoráveis para mãe e feto, além da episiotomia, que é considerada uma mutilação genital. Normaliza a infusão de ocitocina e o uso da amniotomia, sem critério clínico, o que facilita a imposição dessas intervenções como rotina durante o parto (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE; REDE FEMINISTA DE GINECOLOGISTA E OBSTETRAS, 2022).

Promove, ainda, práticas inseguras, como utilizar a amamentação como método contraceptivo nos primeiros seis meses pós-parto, embora já comprovada a baixa eficácia para essa finalidade de forma isolada. Desconsidera, portanto, que o curto espaço entre gestações está associado a maior risco de mortalidade neonatal e infantil (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2022b).

Traz, também, informações enviesadas e em desacordo com a recomendação da OMS sobre cesarianas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE; REDE FEMINISTA DE GINECOLOGISTA E OBSTETRAS, 2022), em um cenário em que a população desconhece os riscos inerentes a esse procedimento cirúrgico, sendo levada a acreditar que é equivalente ao parto normal, porém indolor e mais seguro, independente das condições materno-fetais.

Tais recomendações e informações não condizem com as evidências científicas consolidadas, contraria as boas práticas em atenção ao parto e nascimento e as “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal” que foram pactuadas pelo MS com atores técnicos e sociais, como COFEN, Febrasgo, CFM, OPAS/OMS e com a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2022b).

Os relatos das enfermeiras obstetras deste estudo trouxeram importantes reflexões sobre o fato dessa modalidade não ser acessível a todas as mulheres que a desejam, mas restrita àquelas que possuem condições financeiras para tal, o que decorre da inexistência de uma política pública que inclua o PDP nos serviços do SUS. Assim, as profissionais consideram essa situação um desafio para prestar a assistência domiciliar. Inexiste, também, um protocolo assistencial ou diretriz nacional que regulamente e uniformize essa assistência, conforme falas a seguir:

[...] O protocolo assistencial a gente constrói. Inclusive, a gente fez um protocolo de assistência ao parto domiciliar, que a gente apresentou ao Conselho de Enfermagem, daqui da Bahia, na tentativa de poder validar, justamente porque a gente percebia que era muito de cada equipe. A equipe da gente tem um protocolo, uma outra equipe de parto domiciliar vai ter um outro protocolo e por aí vai. A gente sabe o quanto é importante uniformizar essa assistência, [...] porque não dá pra gente acreditar no bom senso desses profissionais que estão atendendo, porque bom senso a gente não sabe como é o de cada um (EO – MARIA).

[...] Se você não tem protocolo que norteie uma prática que não é passada dentro de uma formação, você vai continuar assistindo o parto domiciliar no senso comum. Mesmo que você trabalhe dentro de protocolos próprios que vem de fora, mas como que a assistência é unificada? [...] Se nós, dentro da profissão, não temos essa unicidade nas práticas, na atenção e nos protocolos internos, como é que o sistema obstétrico vai reconhecer a assistência de enfermagem obstétrica do parto domiciliar? (EO – ORQUÍDEA).

[...] A gente criou (um protocolo) baseado no protocolo de Enfermagem da Bahia, de enfermagem obstétrica [...]. A gente queria que tudo estivesse muito bem registrado, então a gente foi no COREN antes de abrir a empresa, conversamos com a coordenadora e mostramos o nosso protocolo. A gente levou também no hospital de referência para transferências [...]. O nosso protocolo foi baseado nas leis que o COREN nos deu e no que o hospital passou para a gente (EO – MANUELA).

Percebemos nos discursos de Maria, Orquídea e Manuela que a ausência de protocolo que unifique a assistência prestada pelas enfermeiras obstetras no PDP permite que cada equipe atue de uma forma, o que pode fragilizar e dificultar o reconhecimento dessa assistência pelo sistema obstétrico.

No estudo realizado por Pascoto *et al.*, 2020, a ausência de protocolo de atendimento que direcione e respalde a atuação das enfermeiras obstetras de forma homogênea no ambiente domiciliar também foi apontado como um desafio vivenciado no processo de trabalho dessas profissionais.

Pesquisa de Valinho *et al.* (2021) descreve que a inexistência desses protocolos ou diretrizes decorre da ausência de uma política pública direcionada ao PDP, de forma que cada equipe elabora o seu próprio protocolo, com diferentes critérios de elegibilidade e com cuidados heterogêneos.

No Brasil não existem protocolos ou normativas do MS que orientem ou amparem os

profissionais na provisão do atendimento ao PDP. Por esse motivo, as enfermeiras obstetras que oferecem o PDP se baseiam nas evidências científicas e em diretrizes internacionais para subsidiarem as suas práticas (SANTOS *et al.*, 2021).

Em 2012, o COFEN publicou uma nota oficial (Nº 001/2012/ASCON) em que afirma a competência técnica, científica e legal da enfermeira obstetra para conduzir o PDP sem distócia, desde que a gestante seja de risco habitual, tenha feito pré-natal e se preparado psicologicamente para o parto domiciliar e que sua moradia possua condições de higiene (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012).

Em 2015, o COREN da Bahia publicou o Parecer Técnico Nº 023/2015, semelhante a essa Nota do COFEN, no qual afirma que o parto e nascimento domiciliar poderão ser acompanhados pela enfermeira obstetra e/ou sua equipe, já que são profissionais aptas legal e tecnicamente para essa assistência, independente da participação do médico. Também recomenda que essas profissionais possuam experiência na área, avaliem a sua competência técnico-científica de forma a serem capazes de atuar com segurança para si e para a gestante, utilizem o partograma para o acompanhamento do trabalho de parto e parto, bem como construam um prontuário para a mulher e recém-nascido (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA, 2015).

Em 2016, o COREN de Santa Catarina publicou o Parecer Técnico Nº 023/CT/2016 que estabeleceu normas para o acompanhamento do PDP. Esse documento apresenta os critérios para o atendimento, materiais e equipamentos necessários, equipe mínima, as práticas de atendimento baseadas em evidências científicas para o atendimento ao pré-natal, parto e pós-parto, orientações para os casos de transferência e para o descarte de materiais (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA, 2016).

Em 2019, foi publicado pelo COFEN o parecer técnico Nº 003/2019, para alinhamento da regulação e prática da Enfermagem Obstétrica no espaço do PDP, o qual autoriza a atuação das enfermeiras obstetras nessa assistência. Afirma também, que é necessária a “edição de uma Resolução Cofen que trate sobre a normatização do exercício profissional da Enfermagem Obstétrica na assistência à mulher, recém-nascido e família no Parto Domiciliar Planejado” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2019, p. 17). Logo, mostra-se favorável ao PDP e à atuação da enfermeira obstetra nesse cenário. No entanto, até o momento, não elaborou nenhuma diretriz em nível nacional com o intuito de respaldar e assegurar as práticas das enfermeiras obstetras no âmbito da assistência domiciliar ao parto.

A utilização de protocolos que uniformizam a assistência objetiva garantir um cuidado livre de variações indesejáveis na sua qualidade final, ao favorecer a tomada de decisão dos

profissionais, permitir corrigir o que estiver em desacordo com o esperado, possibilitar que todos prestem um cuidado padronizado, de acordo com as evidências científicas, bem como proporcionar satisfação e segurança, tanto para a equipe, quanto para o paciente. Fica evidente a necessidade de elaborar protocolos e/ou diretrizes, em nível nacional, que guiem e respaldem o atendimento ao PDP, cuja responsabilidade recai sobre os órgãos regulamentadores de saúde do nosso país (PASCOTO *et al.*, 2020).

Diante do exposto, podemos inferir que é incoerente o fato do MS reconhecer que as mulheres têm direito a escolher o local para o parto, órgãos regulamentadores autorizarem a atuação das enfermeiras obstetras no domicílio e mesmo assim, não existir protocolos e/ou diretrizes para orientar essa prática, bem como um plano de trabalho representado por uma política pública que torne viável a assistência ao PDP pelas enfermeiras obstetras. A invisibilidade dessa modalidade de atendimento nas políticas públicas brasileiras e a resultante inexistência de protocolos/diretrizes, contribuem para dificultar o debate sobre o processo de trabalho praticado pelas enfermeiras e as possibilidades de qualificá-lo (PASCOTO *et al.*, 2020).

Outro desafio é apontado pelas enfermeiras obstetras participantes do estudo: a não inserção da temática PDP nas grades curriculares dos cursos de graduação em Enfermagem e pós-graduação em Enfermagem Obstétrica, seja na modalidade Residência ou Especialização, bem como a ausência de uma formação específica a fim de capacitar profissionais para assistência ao PDP. Essa realidade confere fragilidade em relação à competência e à habilidade técnica necessárias para esse tipo de atendimento (VALINHO *et al.*, 2021). Além de apontar a necessidade de incluir esse tema na formação dos profissionais de saúde, enfermeiras e médicos.

No Brasil, para se tornar enfermeira obstetra, a formação inicia por meio do curso de graduação em Enfermagem e posteriormente do curso de Pós-graduação *Lato sensu* em Enfermagem Obstétrica, na forma de Especialização ou Residência. Esses cursos promovem a formação do profissional de acordo com as orientações atuais na atenção ao transcurso parturitivo (GIANTAGLIA *et al.*, 2017), com base nos princípios da humanização e compreensão dos determinantes sociais, culturais, emocionais e biológicos que envolvem a saúde reprodutiva, a gestação, parto e puerpério (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Todavia, os programas de residência e os cursos de especialização têm o ensino focado na perspectiva das políticas públicas de atenção ao parto e nascimento vigentes no país. Isso significa que provavelmente não abordam a temática do PDP e não formam as enfermeiras obstetras para atuarem nesse campo (OLIVEIRA *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2021; VALINHO

et al., 2021). Como o Hospital Sofia Feldman oferece atendimento ao PDP, os cursos que têm práticas nessa instituição têm a oportunidade de contato com essa modalidade de assistência (SANTOS *et al.*, 2021).

A falta de formação acadêmica direcionada à assistência ao PDP é vista pelas enfermeiras obstetras deste estudo como um fator dificultador na trajetória profissional. Além de fragilizar essa assistência, que possui características específicas. As equipes que atendem PDP precisam ser capacitadas para atuar nesse cenário e não basta apenas a formação em enfermagem obstétrica, o que demonstram os trechos abaixo:

[...] Não dá apenas (para dizer) eu sou enfermeira obstetra, vou atender parto domiciliar. Eu preciso ter uma vivência dentro do domicílio, preciso ser capacitada para estar no domicílio. [...] Todo ano a gente faz atualização de reanimação neonatal, de ir a eventos internacionais ou de eventos que atualizam a gente, procurando evidências mais atualizadas para poder agregar à equipe (EO – MARIA).

[...] Um dos desafios da assistência do parto domiciliar por enfermeira obstetra, hoje, é a falta de formação [...] específica. A gente não tem no Brasil uma formação pra parto domiciliar de forma pública. Privada, a gente tem no Recife, apenas uma, só que é inacessível financeiramente, não tem uma quantidade grande de vagas, precisa demandar de um tempo grande. [...] Não se fala de parto domiciliar em nenhuma grade curricular, seja ela de graduação, especialização, residência ou mestrado. Então não tem como sair com o título e atender um parto domiciliar. Porque o parto domiciliar tem algumas nuances [...] diferentes de domínio da técnica. [...] A gente não consegue mudar o pensamento dentro das instituições de formação se você não tem produção científica. A gente não produz ciência que fale sobre parto domiciliar e isso é um problema (EO – ORQUÍDEA).

[...] Apesar de eu sempre ter o desejo de trabalhar com parto domiciliar, não sabia por onde começar. [...] Eu vi que não tinha uma formação acadêmica pronta para isso. Então comecei a me preocupar e correr atrás. [...] Eu fiz cursos fora, tem que estar estudando. [...] (É um desafio) a gente não ter, tanto na graduação quanto na especialização, uma formação para parto domiciliar. [...] É gasto! A gente precisa investir tempo e dinheiro (na formação) (EO – LUANA).

[...] Mesmo eu tendo feito residência, eu fiz outros cursos complementares [...] como PREUVE, ALSO, pensando sempre nisso de ter capacidade técnica pra ter segurança e poder prestar uma assistência segura (EO – ROSA).

[...] A gente precisa de capacitação contínua, realização de cursos. A gente recomenda que se faça atualizações a cada 02 anos, pelo menos. No ano passado, eu já fiz o de emergências obstétricas e neonatais. [...] A gente precisa estar capacitada suficientemente para lidar com quaisquer tipos de intercorrências imediatas que aconteça (EO – SIMONE).

[...] Eu fiz o curso do ALSO, que é o de emergências obstétricas, [...] toda a equipe tem treinamento de reanimação neonatal (EO – MANUELA).

As falas de Maria, Orquídea e Luana retratam a ausência da temática sobre o PDP nos programas dos cursos de formação em enfermagem obstétrica. Ainda em relação ao discurso de Orquídea, associado a essa questão da deficiência no processo de formação, trazemos, também, uma reflexão a respeito da escassez de pesquisas sobre o PDP, o que também é visto como um

desafio, junto com a divulgação social (VALINHO *et al.*, 2021).

O desenvolvimento de estudos nessa temática pode produzir evidências científicas no âmbito nacional para sustentar essa prática e contribuir para que o MS e os órgãos governamentais considerem a possibilidade de oferecer essa assistência nos serviços públicos de saúde do nosso país, assim como de estimular as instituições de ensino e formação a incluírem o PDP em suas grades curriculares. Também, pode contribuir com o rompimento de determinadas crenças e mitos e aumentar a visibilidade desse modelo de assistência à saúde (CUNHA *et al.*, 2021).

Além disso, os discursos de Maria, Rosa, Simone e Manuela expõem que a capacitação teórico-prática é imprescindível na trajetória profissional das enfermeiras obstetras, devendo ser constante, a fim de promover assistência de qualidade e segura. Então, é essencial manter-se em constante aprimoramento com base nas evidências científicas para oferecer a melhor assistência possível, o que pode demandar investimento financeiro e de tempo (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

O profissional que assiste ao PDP precisa ser capacitado para atuar nas urgências e emergências, tanto obstétricas como neonatais, além de saber identificar possíveis complicações que demandem transferência para o serviço hospitalar de referência. Experiência prévia e treinamento são fundamentais nesses casos, bem como a constante atualização teórico-prática, considerados como requisitos para garantir assistência segura e de qualidade (SANTOS; LIMA, 2018; CUNHA *et al.*, 2021).

Assim como o nosso, o estudo de Santos *et al.* (2021) também constata que a maioria das enfermeiras obstetras, participantes da pesquisa, relatou não ter durante sua formação, na graduação ou pós-graduação, a abordagem do tema PDP. Como consequência, espera-se que o perfil de egressas desses cursos seja de profissionais preparadas para atuar na assistência hospitalar e na interdisciplinaridade articulada, mediada pelo SUS e pelas políticas que ainda não contemplam o PDP (VALINHO *et al.*, 2021).

Em estudo semelhante, as enfermeiras obstetras não se sentiam preparadas para acompanhar o PDP após ter realizado apenas a Pós-graduação e por esse motivo identificaram a necessidade de realizar capacitações e ter experiências práticas no cenário domiciliar. Apenas a formação como enfermeira obstetra não capacita totalmente as profissionais para atuarem no PDP. A capacitação técnica é necessária para atuar nesse tipo de assistência, já que requer atenção e percepção diferenciadas, que são desenvolvidas com a vivência prática em domicílio e não só em aulas de cursos (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

A experiência profissional é um fator que agrega segurança à prática obstétrica. Então,

a duração do aprendizado prático é importante para o desenvolvimento e aprimoramento das habilidades profissionais. Por isso, quando esse período é insatisfatório durante a qualificação profissional, as enfermeiras obstetras não se consideram preparadas para atuarem como especialistas, principalmente na assistência ao parto normal. Quando teoria e prática são articuladas adequadamente, o processo de ensino-aprendizagem é mais significativo, confere a segurança necessária para a atuação dessas profissionais, bem como estimula comportamento crítico e reflexivo para desenvolver autonomia (PEREIRA, A. *et al.*, 2018).

A pós-graduação sob forma de residência permite maior carga horária prática, quando comparada à especialização. Isso confere à primeira modalidade contribuição maior na formação das enfermeiras obstetras, quanto à experiência prática no ambiente hospitalar. Porém, durante minha vivência como residente e preceptora de uma especialização, a temática do PDP não foi abordada.

Dessa forma, consideramos que para atuar no contexto domiciliar da assistência ao parto, é necessária abordagem aprofundada sobre essa temática e suas peculiaridades no processo de formação, assim como promover experiência prática nesse cenário, por compreender que essa modalidade de assistência possui diferentes condições e necessidades, exigindo habilidades específicas.

Para atuar no domicílio é necessário que as profissionais tenham habilidades específicas para realizar avaliação contínua, com a identificação precoce dos sinais de risco, assim como oferecer suporte básico de vida e estabilização de mulheres e recém-nascidos, nos casos de intercorrência, até que sejam transferidos para o contexto hospitalar (BRASIL, 2017).

Além disso, é necessário desconstruir práticas do modelo tecnocrático e intervencionista, respeitar a mulher como protagonista do transcurso parturitivo, assim como as dimensões físicas, emocionais e culturais de cada mulher e família. Também, saber lidar com as demandas que envolvem a presença de outras pessoas (acompanhantes, familiares, equipe de fotografia e filmagem), com a estrutura física e tecnológica diferente do contexto hospitalar, entre outras questões específicas desse contexto. Essas habilidades conferem segurança a essa assistência e previnem e/ou evitam desfechos negativos, materno-fetais ou do recém-nascido.

Embora seja evidente a necessidade de tratar do PDP nos cursos de formação acadêmica e até mesmo ter uma formação específica para essa modalidade de assistência, salientamos que a vivência no atendimento ao parto em ambiente hospitalar permite que o profissional adquira e aprimore habilidades e competências, assim como sinta segurança para atuar durante as intercorrências e emergências obstétricas que possam surgir no domicílio, de modo que possa garantir a qualidade da assistência à mulher e ao bebê (SILVA *et al.*, 2019; OLIVEIRA *et al.*,

2020). Porém, não é mandatório possuir experiência no contexto hospitalar para poder atuar na assistência domiciliar.

Para superar a falta de formação para o PDP e a inacessibilidade dessa assistência, para a maioria das mulheres, algumas equipes de enfermeiras obstetras disponibilizam vagas para profissionais que desejam adquirir experiência nesse formato de atendimento e para as mulheres que não possuem condições financeiras para arcar com o valor integral da assistência de PDP. Com essa proposta, as mulheres pagam um valor mais acessível para cobrir algumas despesas inerentes à assistência, sendo que os profissionais também arcam com um determinado valor durante o período de aperfeiçoamento. Há também aquelas enfermeiras obstetras que abrem mão do pagamento e realizam a assistência de forma filantrópica, conforme ilustram os discursos:

[...] Hoje faço parte de um projeto de acessibilidade de parto domiciliar. Eu sou aprendiz de parteira. [...] Para estar no projeto a gente (enfermeira obstetra) paga um valor pequeno e a gestante que não teria condição de pagar por um parto domiciliar, tem acesso ao parto com um valor muito baixo, pra pagar alguns custos que a gente ainda precisa. [...] Esse projeto, pra mim, é o melhor dos mundos, porque ele também possibilita mulheres que não tem condições de pagar, a ter o parto domiciliar (EO – LUANA).

[...] Eu entrei nesse contexto e ainda estou em modalidade *treinee*. Estou aprendendo a ser parteira urbana, [...] estou na etapa da vivência (EO – SIMONE).

[...] A gente cai numa questão muito mais profunda do que simplesmente ser o desejo. As vezes é uma mulher que não tem condições. Esse era um dos projetos que a gente tinha, de poder oferecer isso pra mais famílias de forma sem custo, porque a gente via o quanto essas famílias eram abençoadas, tinham histórias super positivas pra poder contar. Infelizmente, a gente não conseguiu fazer isso, porque a nossa equipe acabou antes (EO – BELA).

[...] A gente não faz tanto pelo dinheiro, porque a gente nem pensava em fazer isso e não precisa do parto domiciliar para se sustentar. Era mais porque a gente acreditava. [...] As pacientes que procuram a gente não têm poder aquisitivo alto, são de classe média para baixa. [...] Outro dia eu assisti um parto na minha casa [...]. A gente nunca ligou muito pra essa coisa de dinheiro. Teve paciente que a gente sabia que não ia receber. [...] A gente gosta muito do que faz (EO – LAÍS).

Os discursos de Luana e Simone demonstram que as enfermeiras obstetras buscam inserir-se em equipes de PDP como aprendizes para adquirir experiências nesse espaço e assim vencer a dificuldade resultante da formação insuficiente quanto à assistência domiciliar ao parto.

A inserção dessas profissionais nas equipes de PDP possibilitam que realizem o acompanhamento de todo o transcurso parturitivo, atendendo ao pré-natal, parto e pós-parto. Ainda permite a interação com as enfermeiras obstetras mais experientes com o objetivo de adquirir mais ou novos conhecimentos a respeito das particularidades da assistência domiciliar, na intenção de exercê-la posteriormente (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

A inserção em um cenário real de prática profissional oportuniza fundamentar e aprofundar o conhecimento técnico-científico e as habilidades, por meio de uma formação baseada na vivência, nas relações interpessoais, no compartilhamento dos saberes e experiências, de forma que as profissionais mais experientes têm a função de contribuir para a articulação dos conhecimentos teóricos e práticos (PEREIRA, A. *et al.*, 2018).

Os discursos de Bela e Laís apontam que algumas enfermeiras obstetras realizam a assistência ao PDP de forma gratuita ou despreocupada com o pagamento do serviço prestado, também como forma de minimizar a inacessibilidade dessa assistência, por acreditar no potencial de ser uma experiência satisfatória para as mulheres.

Essa realidade também foi encontrada no estudo de Almeida e Araújo (2020), no qual as profissionais relataram que fazem adaptações nos valores e condições de pagamento para que caibam no orçamento das mulheres ou realizam a assistência de forma gratuita. Justificam essa atitude por acreditarem que essa assistência possui valores que vão além dos aspectos científicos e tecnológicos (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2014). No entanto, não é possível fazer isso para todas as mulheres e nem é a forma ideal para buscar a universalidade dessa assistência.

O estudo de Oliveira *et al.* (2020) apresenta que algumas enfermeiras obstetras se sentem motivadas a prestarem assistência ao PDP pela sua alta remuneração. Diferente do nosso estudo, que não encontrou esse fator como motivador para a atuação das enfermeiras obstetras nesse atendimento, além de atuarem de forma gratuita ou dispostas a facilitar o pagamento.

É incontestável que as especificidades dessa assistência a tornem valorizada, justamente por ser uma assistência segura, individualizada, humanizada e centrada no protagonismo e autonomia das mulheres, assim como pela satisfação das mulheres e famílias assistidas. Isso agrega valor ao trabalho dessas profissionais e contribui para o reconhecimento delas perante a população (OLIVEIRA *et al.*, 2020). No entanto, é importante ressaltar que prestar a assistência de forma mais acessível ou gratuita não a desvaloriza, mas constitui uma estratégia para torná-la mais conhecida, acessível e aceita pela sociedade.

Diante do exposto, percebemos que prestar assistência ao PDP envolve diversos desafios. Outro que também foi apresentado pelas enfermeiras obstetras diz respeito às questões de logística, insumos e manutenção do material técnico, como retratado nas falas:

[...] A gente tem dificuldade ainda nas reposições, principalmente nas medicamentosas. Porque como a gente não é instituição, é pessoa física, prestador de serviço, eles colocam muita dificuldade com relação a isso (EO – EDUARDA).

[...] Quando a gente precisa adentrar os conselhos, as associações de enfermeira obstetra, a gente percebe que é um universo que poucos conhecem. [...] O simples

fato de pegar DNV na divisa, o pessoal não entende. Eu tenho que desenhar o meu trabalho: o que é, como é, e como acontece, para poder conseguir pegar uma DNV, para fazer o meu cadastro enquanto enfermeira obstetra (EO – MARIA).

[...] A gente tem dificuldade com relação a estabelecer parcerias médicas para conseguir fazer solicitações, como ultrassonografias [...]. No PSF, a enfermeira pode solicitar ultrassom, exames laboratoriais de rotina e a gente numa rede privada ainda não tem esse ganho. Os planos de saúde, confusão para poder pagar (EO – SIMONE).

Os relatos de Eduarda, Maria e Simone demonstraram que as enfermeiras obstetras não têm suas solicitações de exames aceitas na rede privada, de forma particular ou pelo plano de saúde, o que aponta para o não reconhecimento da atuação de profissões não médicas, como a Enfermagem, nessa área. Para suprir essa necessidade, buscam parcerias com a categoria médica, porém também encontram dificuldade. Também, encontram barreiras para a compra de insumos básicos (materiais e medicamentos) e no acesso à DNV. O reconhecimento e a inserção da assistência ao PDP em uma política pública contribuiriam para a resolução de todos esses impasses.

Mesmo com o aumento do número de atendimento ao PDP nos últimos anos, as enfermeiras obstetras encontram obstáculos em seu processo de trabalho, o que compromete a atuação dessas profissionais e dizem respeito a dificuldades: para realização do acompanhamento do pré-natal apenas por elas, pois as suas solicitações de exames laboratoriais e de imagem não são aceitas pela rede privada e planos de saúde (PEPPE, 2017; PASCOTO *et al.*, 2020); para aquisição e emissão da DNV, dificultada, muitas vezes, pelas Secretarias Municipais de Saúde (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2016; PEPPE, 2017); para a compra de materiais e medicações que podem ser usados na assistência domiciliar. (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2016; PASCOTO *et al.*, 2020); para o encaminhamento do recém-nascido às triagens neonatais e para o descarte apropriado da placenta e perfurocortantes (PEPPE, 2017).

Como estratégias de enfrentamento à dificuldade em relação às solicitações de exames, que constitui uma das práticas essenciais para determinação do risco gestacional e consequente avaliação da elegibilidade para o PDP, as enfermeiras possuem contato informal com médicos obstetras que dão esse suporte, apesar de não fazerem parte da equipe de PDP, ou as gestantes fazem pré-natal paralelamente com profissionais da Atenção Básica ou da rede complementar (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2016; PEPPE, 2017). Porém, isso pode se configurar como um problema, visto que esses profissionais podem desencorajar as mulheres e famílias a terem o parto em casa.

A Portaria de nº 116 de 11 de fevereiro de 2009 define que cabe à Secretaria Municipal da Saúde a distribuição e cadastro dos profissionais para a retirada da DNV, esclarecendo que

sua emissão é também de competência das enfermeiras obstetras, inclusive na assistência domiciliar (BRASIL, 2009b). Dessa forma, mesmo sendo respaldas legalmente para adquirir e preencher a DNV, as enfermeiras obstetras encontram dificuldade na emissão desse documento que é indispensável para o registro do recém-nascido em cartório e obtenção da certidão de nascimento (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2016; PEPPE, 2017).

Todavia, mesmo com a posse da DNV, os pais ainda podem encontrar resistência por parte de alguns Cartórios de Registro que exigem garantias para emitirem a certidão de nascimento dos recém-nascidos de PDP. O casal pode comparecer ao cartório e comunicar previamente o interesse pelo PDP assistido pela enfermeira obstetra. Não sendo suficiente, essas profissionais podem fazer um relatório impresso com os dados do parto e acompanhar os pais para serem testemunhas. E ainda, um cartório que já seja reconhecido por não criar empecilhos, pode ser usado como referência para a obtenção desses registros de nascimento. Essas estratégias são desenvolvidas à medida que os problemas surgem (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2016).

A dificuldade de encontrar locais que permitam a compra de determinados materiais e medicamentos para uso domiciliar pelas enfermeiras obstetras configura-se um problema no cotidiano dessas profissionais. Algumas conseguem acesso a esses insumos com os representantes comerciais, por intermédio de médicos que facilitam a compra ou de profissionais que atuam no PDP, mas também trabalham em instituições hospitalares onde gestores colaboram nesse processo de aquisição (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2016; PASCOTO *et al.*, 2020).

O descarte apropriado da placenta e perfurocortantes e o encaminhamento do recém-nascido para as triagens neonatais, não foram dificuldades citadas pelas participantes do nosso estudo.

Quanto ao encaminhamento do recém-nascido para realização das triagens, algumas equipes contam com o apoio de médicos neonatologistas para realizar esses encaminhamentos, o que pode justificar esse achado não ter sido mencionado como uma dificuldade enfrentada pelas enfermeiras obstetras desta pesquisa.

Esses processos burocráticos são facilmente realizados na assistência hospitalar, mas na realidade domiciliar, ainda é preciso lidar com o preconceito e as dificuldades do sistema. Consideramos, pois, que as condições de trabalho às quais as enfermeiras obstetras, que atendem o PDP, estão expostas, implica limitações para a assistência e para a autonomia dessas profissionais, assim como dificulta alcançar melhores resultados.

As dificuldades desse processo de trabalho precisam ser solucionadas, pois

compreendem questões fundamentais para o desenvolvimento de assistência segura e qualificada ao PDP (PASCOTO *et al.*, 2020).

Tais desafios podem ocorrer pelo fato deste modelo de assistência ao parto permanecer à margem do sistema de saúde do Brasil, sem uma regulamentação específica (CUNHA *et al.*, 2021). Mais uma vez, evidencia-se a necessidade de políticas públicas que incluam e considerem a realidade do PDP como modalidade de assistência ao transcurso parturitivo, mesmo que ainda seja um serviço prestado de forma privada, assim como de diretrizes que efetivem a sistematização dessa assistência tanto na rede privada, quanto na pública, o que contribuiria para sanar essas dificuldades elencadas.

Além de todas as dificuldades descritas pelas enfermeiras obstetras, a disponibilidade que a assistência domiciliar requer é considerada, também, um desafio. Isso é superado com o trabalho em grupo/coletivo/equipe, o que permite manter a qualidade da assistência às mulheres e a saúde das profissionais, como exposto nos relatos abaixo:

[...] Essa é uma grande questão, porque quando a família tem você como um suporte para estar naquele momento, você tem que estar 100% disponível pra aquela família. [...] A gente fazia um rodízio na escala, fazia esse revezamento porque nós quatro precisávamos ter esse contato com a família (EO – BELA).

[...] É um trabalho que requer uma entrega muito grande. Poucas pessoas entendem que a gente vive de sobreaviso 24 horas por dia, 7 dias na semana. É uma entrega que as pessoas não têm noção, [...] de eu ir para o cinema, precisar sair do filme algumas vezes, porque o sinal do celular não está pegando, para saber se não tem nenhuma ligação ou demanda, de precisar planejar viagens com 09 meses de antecedência. [...] Começamos a perceber o quanto a gente vai adoecendo, ao longo dos anos. [...] A gente precisa pensar em como lidar com essa assistência, sem diminuir essa qualidade, essa entrega, essa empatia com a mulher, e o coletivo é a saída (EO – MARIA).

[...] É uma questão de entrega. Isso é um ponto muito importante a ser colocado, porque as pessoas não visualizam isso. [...] A gente fica todo esse tempo (desde o início do pré-natal) na loucura da disponibilidade. Isso é um nó crítico nesse tipo de assistência, porque requer realmente uma doação profissional no sentido de estar *full time* disponível. Em qualquer momento pode acontecer parto, pode ser que você esteja numa festa de réveillon, no seu aniversário ou no de seu filho, e que você tenha que se ausentar. É abdicar de momentos pessoais importantes. [...] A gente tem rotina, escala, [...] numa proposta de coletivo, porque a gente não trabalha sozinho (EO – SIMONE).

[...] A gente trabalha em grupo. Não tem como trabalhar sozinha, é inviável, por que precisamos estar disponíveis 100%. [...] Eu acho que tem que querer muito, tem que saber também o que é, porque é uma profissão que a gente tem que ter uma disponibilidade muito grande, tem que saber lidar com o imprevisível, porque o parto você tem hora para entrar e não tem hora para sair. Eu considero bem desafiador! (EO – LUANA).

Como vimos, a assistência domiciliar é diferenciada e individualizada. As enfermeiras obstetras que prestam essa assistência ficam totalmente disponíveis para a mulher, recém-nascido e família, desde o pré-natal até o pós-parto. Essa disponibilidade é um diferencial que

essa modalidade assistencial oferece. As pacientes não precisam sair de casa para receber ajuda, que pode ser feita por ligação telefônica, mensagem de WhatsApp e visita da profissional em qualquer fase do transcurso parturitivo. Essa característica é percebida pelas mulheres e famílias como ponto positivo da assistência domiciliar (PEPPE, 2017).

No que se refere a essa questão de entrega e disponibilidade pelas enfermeiras que atendem o PDP, ser considerada como um desafio, não foi encontrada literatura que sustente tais achados, o que permite a interpretação de que esses resultados sejam inéditos.

Como estratégia para superar esse desafio, as profissionais trabalham em grupo ou coletivo. O termo “coletivo” se refere àquilo que abrange várias pessoas ou coisas, ou que pertence a várias pessoas. Se refere “à filosofia de trabalho que as profissionais seguem, cujas características e princípios encontram-se pautados, sobretudo, na transdisciplinaridade e horizontalidade da assistência” (WEBLER *et al.*, 2022, p. 2 e 3).

Essa forma de trabalho permite que as enfermeiras obstetras dividam a responsabilidade da assistência com as outras que integram o grupo, o que contribui para que mulheres e recém-nascidos não corram o risco de ficar desassistidos e evita que as profissionais fiquem sobrecarregadas, o que, conseqüentemente, mantém a qualidade e segurança da assistência.

Cada coletivo de parto domiciliar assume uma composição diferente. Não há regras nesse sentido. A única recomendação é que se tenha, no mínimo, dois profissionais capacitados para prestar assistência ao parto, o que garante a disponibilidade de um profissional para a mulher e outro para o recém-nascido, conferindo segurança e qualidade da assistência. Esses profissionais podem ser enfermeiras obstetras, obstetrizes ou médicas obstetras e uma auxiliar, que pode ser de alguma dessas especialidades citadas ou da neonatologia (KOETTKER, 2010; VOLPATO *et al.*, 2020). Isso significa que a presença de um médico obstetra ou neonatologista não é obrigatória.

As enfermeiras obstetras desse estudo integravam equipes com diferentes formações, como descrito nos trechos:

[...] Hoje, fazem parte do coletivo as enfermeiras obstetras, pediatras neonatologistas, uma consultora de aleitamento materno e temos o apoio técnico de nutricionista e psicólogo. Isso ajuda muito, porque a gente reforça a transdisciplinaridade e o multiprofissionalismo. [...] Há uma soma (EO – ORQUÍDEA).

[...] A equipe é composta por uma médica obstetra e as enfermeiras (obstetras), que são três (EO – ROSA).

[...] A gente trabalha com o coletivo e com a equipe multidisciplinar. [...] Somos sete enfermeiras obstetras [...] e 03 neonatologistas que prestam assistência em domicílio após o nascimento [...] e também uma consultora de amamentação [...]. Tem médicas como *backup* na situação de transferência [...] e tem encontros quinzenais com elas, porque a gente precisa alinhar a assistência (EO – MARIA).

[...] Nós éramos quatro (enfermeiras obstetras) (EO – MANUELA).

As falas de Orquídea, Rosa, Maria e Manuela, evidenciam a pluralidade das equipes. São equipes compostas por enfermeiras obstetras e médicas obstetras; enfermeiras obstetras e médicos neonatologistas, consultora de amamentação, com apoio de profissionais da nutrição e psicologia, tendo o médico como *backup*. Existem, ainda, equipes compostas somente de enfermeiras obstetras, sem médico de *backup* ou apoio de outros profissionais.

Segundo Koettker *et al.* (2018), as equipes que prestam assistência ao PDP têm composição diversa. Geralmente são formadas por enfermeiras obstetras, mas algumas também contam com obstetras e médicos obstetras. E eventualmente, outros profissionais, como enfermeira generalista, técnica de enfermagem, médico generalista e neonatologista, psicólogas e doulas também participam dessas equipes.

Como forma de exemplificar, traremos a composição de algumas equipes de PDP. No período em que foram realizados os estudos citados a seguir, os grupos mantinham a seguinte formação: a “Equipe Hanami: O Florescer da Vida” era composta por três enfermeiras obstetras (COLLAÇO *et al.*, 2017). Integravam o “Grupo Apoiando Mulheres Empoderadas (AME)” nove enfermeiras obstetras e uma enfermeira neonatologista, e o grupo “Jardim das Comadres” era composto por duas enfermeiras obstetras. Nenhum dos dois grupos possuíam médicos na formação. Porém, tinham esses profissionais como *backup* em casos de necessidade de transferência para o hospital (SILVA *et al.*, 2019). Um coletivo de uma capital do Nordeste do Brasil, não nominado no estudo, era formado por enfermeiras e médicas obstetras (WEBLER *et al.*, 2022).

Importante salientar que ainda que haja médico na equipe, seja como integrante fixo ou como *backup*, as relações de trabalho são baseadas no respeito, na confiança, comunicação assertiva e na corresponsabilização, o que indica que não há hierarquia entre as profissões (SILVA *et al.*, 2019).

Esse formato transdisciplinar de composição das equipes que atendem o PDP caracteriza um coletivo de pessoas de especialidades diferentes que atuam e desenvolvem atividades de naturezas distintas, que agem de forma articulada e na horizontalidade. As habilidades e competências de cada um dos integrantes são essenciais para a conformação dessas equipes e devem se complementar para viabilizar integração, que agrega percepções e saberes (RODRIGUES; MENDONÇA; GUIRAUD, 2008). Ainda, a transdisciplinaridade é considerada um dos fatores que contribuem para a segurança do PDP (FRANK; PELLOSO, 2013).

Os resultados apresentados apontam que as enfermeiras obstetras que atuam com o PDP são motivadas a prestar essa assistência por estarem insatisfeitas com o modelo de assistência oferecido no ambiente hospitalar e terem intenção de atuar em conformidade com o modelo humanizado; pela possibilidade de proporcionar mudanças nesse cenário de parto e nascimento, no sentido contrário ao do sistema obstétrico brasileiro dominante; de contribuir com a assistência respeitosa, segura e qualificada, livre de violência obstétrica e intervenções desnecessárias; de atuarem com autonomia e liberdade, sem as interferências encontradas no ambiente hospitalar e livres das relações de hierarquia com a categoria médica.

Apontam, também, que as enfermeiras obstetras enfrentam importantes desafios no atendimento ao PDP, o que inclui a luta contra o sistema medicalocêntrico, tecnocrático, intervencionista e hospitalocêntrico dominante; o preconceito por parte da sociedade e dos profissionais de saúde, devido à falta de informações consistentes e conceitos equivocados a respeito do PDP; a inexistência de uma política pública que contemple o PDP e suas demandas, assim como de diretrizes e/ou protocolos que regulamentem, orientem e uniformizem essa assistência; ausência da abordagem sobre a assistência domiciliar ao parto nos programas dos cursos de graduação em Enfermagem e de Pós-graduação, bem como a prática nesse contexto; questões de logística que impactam no processo de trabalho, como dificuldades na aquisição de insumos e serviços necessários para a prática domiciliar segura e de qualidade; e por fim, o nível de disponibilidade que esse tipo de assistência requer.

Consideramos que esses desafios estão relacionados à invisibilidade do PDP nas políticas públicas de saúde do Brasil e que essa situação fragiliza e dificulta o avanço desse modelo de assistência. O reconhecimento dessas dificuldades possibilita a reflexão sobre estratégias de enfrentamento que possam melhorar e reconhecer essa modalidade de assistência que está em crescimento no nosso país, assim como dar visibilidade ao trabalho das enfermeiras obstetras, que são maioria entre os profissionais de saúde que atuam nesse cenário.

5.3 As práticas das enfermeiras obstetras na assistência ao Parto Domiciliar Planejado

O cenário obstétrico no Brasil é conhecido pelas situações de violência obstétrica, pela falta de autonomia das mulheres, assim como pelos altos índices de intervenções, tendo como expressão uma das maiores taxas de cesáreas do mundo. É nesse contexto que o PDP se apresenta como um modelo contra hegemônico.

A assistência obstétrica domiciliar é individualizada e comprometida com todas as fases do transcurso parturitivo. É um modelo que se baseia no protagonismo e individualidade da mulher, promove a informação e a corresponsabilidade entre mulher e profissionais. Tem suas práticas de cuidado baseadas em evidências científicas, faz uso das tecnologias de forma racional e estimula a horizontalidade entre os profissionais que compõem equipes transdisciplinares (VOLPATO, 2020).

As enfermeiras obstetras que atendem o PDP possuem autonomia no contexto domiciliar e respaldo científico na utilização das Práticas Baseadas em Evidências de forma integral, o que possibilita uma assistência humanizada, satisfatória e segura (SANFELICE *et al.*, 2014; (KOETTKER *et al.*, 2018)

Dessa forma, essas profissionais contribuem para uma assistência que prioriza a liberdade, o respeito e autonomia da mulher, de forma menos intervencionista e com a redução de procedimentos desnecessários, permitindo a evolução fisiológica e natural do transcurso parturitivo e do nascimento, sem abandonar os princípios científicos. A atuação dessas profissionais no PDP também inclui apoio emocional e formação de vínculo, com qualidade da assistência e satisfação da mulher e família (ALMEIDA; ARAÚJO, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

As práticas das enfermeiras obstetras são sustentadas em evidências científicas e valorizam a participação ativa das mulheres, bem como se interessam por sua história e seu contexto de vida, como relatado:

[...] A gente busca sempre estar pautada nas evidências científicas mais atuais [...], práticas não invasivas, respeitar a fisiologia, o desejo e claro que tudo baseado no conhecimento científico. Fazer a assistência adequada de forma a assegurar o bem-estar materno fetal o máximo. A gente tem o monitoramento fetal, o acompanhamento do crescimento intrauterino, os exames, procedimentos. [...] O parto em si, ele é muito mais do que a questão técnica, do que a questão dos procedimentos, [...] o estímulo a conhecer o seu corpo e a sua fisiologia é algo que é imprescindível (EO – EDUARDA).

[...] A mulher é vista como a protagonista. Ela tem as escolhas, que são respeitadas e ela é vista como única. Não existe isso de ter intervenções (desnecessárias). É ciência baseada em evidências. Então, a gente não faz nada que não seja baseado em evidências científicas. E não é o que a gente tem de realidade nas maternidades brasileiras (EO – LUANA).

[...] Eu sempre procuro ser acolhedora, [...] acho que começa muito com o acolhimento daquela história, quais são os desejos dela para aquele parto. A escuta é o principal, é a gente conseguir entender a história daquela mulher e a partir dali conseguir traçar a melhor forma que a gente pode dar assistência naquele parto, pra que se aproxime do ideal dela. A gente sabe que tem um parto ideal e tem um parto real, mas a gente tenta individualizar aquela assistência (EO – MARIA).

[...] É um acompanhamento muito específico, cuidadoso, muito fortalecedor para a mulher e respeitoso. [...] É um espaço onde eu enxergo que as mulheres possuem maior autonomia no seu processo de gestação. Elas conseguem criar uma consciência sobre a gestação, o processo de parturição e o puerpério (EO – SIMONE).

Os discursos de Eduarda, Luana, Maria e Simone enfatizam aspectos para o cuidado humanizado: práticas baseadas em evidências científicas, respeito à fisiologia do parto e nascimento e às escolhas das mulheres, incentivo ao protagonismo e autonomia delas, além da valorização da história e do contexto de vida dessas mulheres.

A atuação das enfermeiras obstetras no PDP resgata a naturalidade do parto e contribui para a construção de um novo modelo de assistência, fundamentado no cuidado humanizado (ALMEIDA; ARAÚJO, 2020; SANTOS *et al.*, 2021), diferentemente do que encontramos na maioria das instituições hospitalares que têm as práticas influenciadas pelo modelo tecnocrático, biomédico e intervencionista.

A assistência das enfermeiras obstetras, por ser baseada nas boas práticas, não envolve apenas a técnica ou os procedimentos. Integra também o cuidado de forma singular e multidimensional, ou seja, ultrapassa o caráter biológico e alcança a individualidade das mulheres, assim como considera importantes a sensibilidade e o acolhimento (PEREIRA, S. *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Valorizar o cuidado centrado na mulher favorece a escuta qualificada e o diálogo, o que colabora para que as profissionais conheçam e entendam a história daquela mulher, suas experiências anteriores e suas expectativas, além de potencializar o protagonismo dela. Dessa forma, conseguem proporcionar uma assistência personalizada, de acordo com as necessidades da mulher, do casal e/ou de sua família e assegurar a corresponsabilidade no atendimento (SILVA *et al.*, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

A atuação das enfermeiras obstetras na assistência ao parto no âmbito domiciliar é respaldada legalmente. Porém, em virtude da inexistência de um protocolo de atenção ao PDP específico e consolidado para orientar as profissionais que prestam esse serviço, as equipes elaboram seus próprios protocolos assistenciais e definem seus critérios de elegibilidade, geralmente baseados em diretrizes e protocolos internacionais (KOETTKER, 2016).

Em geral, consideram como elegíveis as gestantes classificadas como de risco habitual,

com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas e menor que 42 semanas, com feto único, em apresentação cefálica e sem morbidades. Também é necessária a concordância do casal manifestada por meio da assinatura de TCLE fornecido pela equipe. Com relação à existência de cesáreas prévias, algumas equipes aceitam atender mulheres com uma cesariana anterior, realizada com intervalo mínimo de dois anos da gestação atual, enquanto outros consideram como contraindicação (KOETTKER, 2016; CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA, 2016; VOLPATO, 2020).

Os discursos abaixo fazem referência à elaboração dos critérios de elegibilidade, pelas equipes que atendem o PDP:

[...] A gente tem protocolos internos. [...] O primeiro ponto é ela querer parir em casa. O restante vai ser construído ao longo do pré-natal. Entender o que é parir em casa e quais são os riscos dessa escolha e dos benefícios também. [...] Ser uma gestante saudável, não pode ter algumas doenças, não pode fazer uso de medicamento controlado. [...] Tem algumas situações específicas em relação ao bebê, bebês que estejam pélvicos, transversos, ou que têm alguma cardiopatia, que ofereça risco ou que precise de uma assistência específica após o nascimento. Está atrelado mesmo a ser uma gestação de risco habitual (EO – MARIA).

[...] No nosso protocolo, a gente botou quais eram as mulheres que entrariam. A gente atendia mulheres de 37 a 41 semanas, de extremo baixo risco, não podia ter nenhuma comorbidade, só aceitava as mulheres até 24 semanas, se eu não me engano, [...] e se tivesse alguma intercorrência a gente já não podia mais acompanhar [...] e cancelava os contratos (EO – MANUELA).

[...] Tem muito critério com isso. [...] Um dos critérios era fazer o pré-natal regular, cartão de vacina em dia, não ter nenhuma doença pré-existente, nenhuma contraindicação de assistência ao parto normal, eutócico. O parto tinha que ser sem risco algum, risco de hemorragia zero, risco de complicação para a mãe e bebê zero. Tudo isso é o que a gente procura sempre estar identificando. [...] Tem toda uma situação de muito monitoramento, de muita presença, para poder realmente ter um êxito em todo o processo (EO – EDUARDA).

[...] Pacientes que eram de risco habitual. [...] As pacientes precisariam fechar o contrato com a gente, pelo menos até no máximo 32 semanas de gestação. Porque teríamos tempo de fazer esse acompanhamento pré-natal, como a gente fazia e ter uma segurança de que naquele final, era uma mulher que a gente já tinha acompanhado, conhecia o histórico, saberia até onde a gente poderia ir. [...] Parto domiciliar precisa ser seguro para equipe, para família, [...] se algo sai do que é esperado, a gente não entra (EO – BELA).

[...] Inicialmente, um levantamento da elegibilidade daquele casal, daquela família para o parto domiciliar. A gente tem critérios específicos para isso. [...] No pré-natal, a gente vai fazer todo o acompanhamento, entendendo as premissas do Ministério da Saúde, do que é uma gestação saudável, dentro dos critérios de risco habitual. A gente faz isso de uma maneira muito minuciosa e criteriosa. Para parir em casa, a gente precisa de gestantes saudáveis. Então a gente tem uma atenção muito grande, desde a solicitação dos exames, como o acompanhamento do dia a dia daquelas gestantes, das demandas que vão acontecer no caminho. [...] O local tem que ter energia, água potável, tem que ter minimamente condições para abarcar um parto no domicílio. O distanciamento da maternidade que deve ser, no mínimo, entre 20 a 30 minutos, para as situações de emergência (EO – SIMONE).

As falas de Maria, Manuela, Eduarda, Bela e Simone permitem inferir que as equipes constroem seus protocolos, assim como definem os critérios de elegibilidade para o PDP. Esses critérios dizem respeito à classificação da gestação em risco habitual, à idade gestacional, às condições que aumentam o risco obstétrico e neonatal, ao histórico obstétrico, apresentação fetal, acompanhamento do pré-natal, às condições do domicílio, entre outros. Eles servem para garantir a segurança e os melhores desfechos para mãe e filho.

A inexistência de protocolo ou de diretriz que uniformize a assistência ao PDP e os reflexos disso já foram discutidos anteriormente na categoria: “A vivência da enfermeira obstetra na assistência ao Parto Domiciliar Planejado: motivações e desafios”. Tal situação permite que diferentes critérios sejam elencados para definir a elegibilidade e que os cuidados promovidos pelas equipes sejam desiguais, o que fragiliza essa modalidade de assistência e dificulta o seu reconhecimento pelo sistema obstétrico. A ausência de uma política pública que contemple o PDP colabora para a manutenção dessa condição, a qual é considerada pelas enfermeiras obstetras como um desafio, pois dificulta o debate, os acordos sobre seu processo de trabalho e as possibilidades de qualificá-lo.

Esse contexto permite a autonomia profissional, mas também não existem parâmetros (KOETTKER, 2016). As variações de condutas não estão, necessariamente, relacionadas às melhores práticas assistenciais. A padronização e sistematização das condutas, de acordo com as melhores evidências científicas, melhoram as práticas dos profissionais de saúde, por minimizar a variabilidade do cuidado e os procedimentos desnecessários. Ajuda a orientar os pacientes e famílias quanto aos cuidados necessários, para que sejam ativos nesse processo e corresponsáveis (COLOSSI, 2017; NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2017). Facilita, também, a supervisão, monitoramento e acompanhamento do processo de trabalho dos profissionais e da qualidade da assistência (COLOSSI, 2017).

Essa padronização e sistematização se dá por meio das diretrizes e/ou protocolos, que servirão de guia para os profissionais, por oferecerem as melhores práticas para que possam atender às necessidades de cada paciente, evitando a realização daquelas consideradas inadequadas e/ou inseguras (COLOSSI, 2017).

O estudo de Colossi (2017) apresentou 34 critérios de elegibilidade para o PDP, que foram validados por profissionais que atendem PDP nas regiões do Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul do Brasil. Dentre eles estão: gestação de risco habitual, feto único, apresentação cefálica, com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas até 42 semanas; desejo da mulher pelo PDP e a concordância e assinatura do TCLE; critérios relacionados ao histórico obstétrico, à gestação atual, ao local do parto e condições de transferência.

Quanto aos critérios gerais de inclusão, Colossi (2017) sugere: gestação de risco habitual, de feto único com apresentação cefálica e a termo. Nesse sentido, duas equipes do estado de Alagoas, o grupo Apoiando Mulheres Empoderadas e o Jardim das Comadres, corroboram esses critérios (SILVA *et al.*, 2019) assim como a equipe Hanami, de Santa Catarina (KOETTKER, 2016) e as equipes representadas pelas enfermeiras obstetras participantes dessa pesquisa.

Os critérios de elegibilidade para o PDP precisam ser mantidos por todo o período de acompanhamento do transcurso parturitivo, visto que o risco é dinâmico e as condições materno-fetais podem se alterar em qualquer momento da gravidez. Por isso, deve ser avaliado em todas as consultas ou sempre que for necessário (VOLPATO, 2020). A existência de qualquer situação que aumente o risco materno ou fetal torna a opção de PDP inapropriada para ambos (CUNHA *et al.*, 2021).

Caso o PDP seja contraindicado, em qualquer momento da assistência, cabe ao profissional fornecer as informações e orientações necessárias, com base em evidências científicas, para contribuir com a tomada de decisão e fazer o encaminhamento ao profissional e/ou serviço indicado para a situação (VOLPATO, 2020).

A proposta de unificar os critérios é uma forma de proporcionar às mulheres o direito à escolha do local de parto de forma segura e organizada. A seleção das mulheres para o PDP é um processo complexo, que envolve anamnese de qualidade e atenção durante o pré-natal, trabalho de parto e pós-parto, assim como comunicação contínua entre mulher/casal ou família e a equipe (COLOSSI, 2017).

A escolha pelo local de parto é entendida como um direito reprodutivo básico, que respeita a autonomia e protagonismo das mulheres (BRASIL, 2017). Por isso, o compartilhamento das decisões, entre a equipe e a mulher/casal ou família, é um importante aspecto na compreensão do PDP (CUNHA *et al.*, 2021). Essa forma de corresponsabilização é comum na assistência domiciliar e na assistência à saúde na Europa, diferente da cultura brasileira, em que a responsabilidade é centrada nos profissionais e nos serviços de saúde (PEPPE, 2017).

A equipe que atende ao PDP tem obrigação ética e legal de oferecer informações, que devem ser embasadas em evidências científicas e não tendenciosas, de maneira compreensível e completa sobre todos os aspectos desse modelo de assistência, possibilitando à mulher/casal ou família o envolvimento nas decisões de forma adequada (SANFELICE; SHIMO, 2015a).

A concordância com as condições estabelecidas para assistência de PDP, pactuada por meio da assinatura do TCLE e/ou contratos, também é considerada um critério de elegibilidade,

além de ser um instrumento que firme e caracterize a corresponsabilização. Por isso, cada grupo elabora esses instrumentos, a fim de formalizar o serviço e de assegurar às mulheres, família e às profissionais, acerca das condutas relacionadas a determinadas situações e aos limites da assistência, conforme os trechos:

[...] Na época (que começamos a atuar com PDP), a gente fez uma consultoria com uma colega advogada, construímos o nosso contrato (EO – EDUARDA).

[...] Vai construindo os termos de consentimento para oferecer para aquela mulher, um termo de consentimento do parto domiciliar, o termo de consentimento para um parto domiciliar após uma cesariana (EO – MARIA).

[...] Nós temos termos de consentimento e de esclarecimento e protocolos para tudo, internamente. [...] As famílias que são atendidas por nós recebem termos de consentimento. Numa bolsa rota, por exemplo, tem termo de consentimento explicando. Tudo isso como forma de corresponsabilizar um pouco essa assistência. Porque eu posso entender de obstetrícia, mas quem entende daquela família ali, é aquela família. A gente precisa entender quais são os limites de cada um, saber até onde eu vou, para que eles saibam também até onde eles podem ir com as informações que eu vou oferecer e que eles vão buscar fora (EO – ORQUÍDEA).

Os discursos de Eduarda, Maria e Orquídea apontam para a importância do termo de consentimento e/ou contrato de prestação de serviço para a assistência no contexto domiciliar. A equipe que presta esse serviço precisa ter documentado tudo o que foi explicado, informado e acordado entre eles e a mulher/casal ou família, o que também é importante para quem está contratando. Tem a finalidade de registrar e oficializar as decisões e práticas discutidas e compartilhadas ao longo da assistência.

O estudo de Silva *et al.* (2019) evidencia o uso do TCLE e Contrato de Prestação de Serviço por dois grupos de atendimento ao PDP no estado de Alagoas. As autoras justificam que esses documentos respaldam legalmente a equipe quanto aos esclarecimentos ofertados à mulher/casal ou família, sobre os benefícios, possíveis riscos e procedimentos que envolvem a assistência ao PDP.

O termo de consentimento livre e esclarecido é um instrumento utilizado com o objetivo de formalizar e pactuar as informações que foram discutidas com a mulher/casal, sobre todos os aspectos e particularidades do PDP, como os riscos, as vantagens, os procedimentos que podem ou não ser realizados, as condutas a serem tomadas no caso de intercorrências obstétricas ou neonatais, assim como a atuação nas situações de transferência para o contexto hospitalar, seja de forma eletiva ou emergencial, entre outros (COLOSSI, 2017; COLLEGE OF MIDWIVES OF ONTARIO, 2018; CUNHA *et al.*, 2021; VOLPATO, 2020).

Ele deve ser assinado antes de iniciar o atendimento ao parto, atender a princípios éticos, legais e ser isento de dúvidas. Deve-se levar em consideração a capacidade da mulher/casal

para consentir de forma voluntária. Ou seja, a mulher/casal deve ser capaz de compreender as informações necessárias para decidir sobre os cuidados e entender as consequências dessa decisão ou da falta dela. Além disso, devem estar livres de qualquer tipo de coação (COLOSSI, 2017; COLLEGE OF MIDWIVES OF ONTARIO, 2018; VOLPATO, 2020).

O TCLE é também uma importante ferramenta para a corresponsabilização. O compartilhamento das responsabilidades entre paciente e a equipe se caracteriza como uma forma de devolver a autonomia e protagonismo da mulher, mas para assumir esse papel junto às profissionais, a mulher precisa estar bem informada. Dessa forma, estimula-se a busca de conhecimento e informações que possibilite fazer escolhas conscientes, discutir condutas e práticas, assim como de entender os riscos e benefícios envolvidos na assistência.

Nesse contexto, o TCLE também pretende garantir a proteção do profissional frente a eventuais situações de desfechos negativos após a decisão da mulher/casal. Uma importante reflexão nesse sentido, é o fato de que, ao mesmo tempo em que os profissionais que prestam assistência ao PDP promovem a autonomia da mulher, com o fornecimento das informações, o respeito aos desejos dela e o cuidado em eliminar as possíveis interferências no processo de tomada de decisão, também dividem espaço com a insegurança profissional, falta de amparo e de estrutura em rede, decorrente da realidade em que o PDP está inserido no contexto obstétrico brasileiro (VOLPATO, 2020).

Como vimos, o acompanhamento do PDP inclui assistência ao pré-natal, parto e pós-parto. O pré-natal compreende a avaliação da saúde materna e fetal, com o acompanhamento e registro da evolução da gestação, por meio do exame físico, da solicitação e análise de exames de rotina e complementares preconizados, bem como a avaliação do esquema vacinal, conforme o calendário do MS e normativas estaduais. Realiza-se, também, a identificação do risco obstétrico e o planejamento do parto, incluindo as opções para as situações de transferência e possível ocorrência do parto no contexto hospitalar, seja vaginal ou por cesárea (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA, 2016; MATA, 2017).

Esse atendimento é centrado na mulher e na sua família. Por isso, é importante que todas as pessoas de escolha da mulher sejam incluídas (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA, 2016). É durante o pré-natal que o vínculo entre a equipe e a mulher/casal ou família é estabelecido e fortalecido, além de permitir que identifiquem suas vontades, potencialidades, medos e estabeleçam conexão com o bebê (MATA, 2017; VOLPATO *et al.*, 2020).

Há também o aspecto da educação em saúde, com a troca de informações e instruções de cuidado. As consultas são um momento oportuno para sanar dúvidas, dividir o conhecimento

sobre a fisiologia do transcurso parturitivo, o uso de técnicas não-farmacológicas para alívio da dor, assim como contribuir com a preparação física, psicológica e emocional para o parto (MATA, 2017; VOLPATO *et al.*, 2020).

Além disso, as informações referentes ao modelo de assistência do PDP também devem ser discutidas continuamente ao longo do pré-natal, para que se possa contribuir com as decisões tomadas pela mulher/casal ou família. O pré-natal deve ter uma abordagem integral, de forma a abranger, além do biológico, os aspectos sociais, psicoemocionais da mulher e sua família e também relacionados ao estilo de vida (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA, 2016).

Os relatos a seguir descrevem o pré-natal realizado pelas enfermeiras obstetras:

[...] A gente enxerga a mulher como um todo e entende que toda a história de vida dela é importante pra o evento do parto. São consultas longas por isso, porque a gente precisa saber a história, conhecer a família, o companheiro, se tiver, se ela tem filhos, todas as pessoas que moram naquela casa, porque ela se interessou por um parto domiciliar, como foi a história do nascimento dela. A gente procura saber como que ela nasceu, como ela enxerga o nascimento. Tudo isso é levado em conta durante a assistência (EO – LUANA).

[...] Na consulta de pré-natal a gente fazia tipo uns minicursos sobre as fases do trabalho de parto, posições ou papel do acompanhante. [...] A gente fazia essa parte educativa também, porque tem que ser todo um preparo. A mulher tem que estar preparada e a família também. A gente também mostrava as intercorrências que poderiam acontecer, como ia ser a transferência, a gente tinha tudo (EO – MANUELA).

[...] A gente fazia o pré-natal domiciliar, fazia aquelas consultas de acompanhamento, então não era só o parto em si. A gente acabava criando vínculos com aquela família (BELA).

As falas de Luana, Manuela e Bela evidenciam que as práticas durante o acompanhamento pré-natal vão além da técnica, da avaliação obstétrica. As enfermeiras obstetras consideram a mulher como um ser biopsicossocial e procuram compreender a sua história e contexto de vida. Essa postura qualifica a assistência, possibilita a criação e o fortalecimento de vínculo, aumentando, conseqüentemente, a confiança e a satisfação das mulheres. Além disso, compreendem a importância da educação em saúde para fornecer informação e conhecimento, com o objetivo de preparar a mulher/casal ou família para vivenciar o transcurso parturitivo e toda a assistência domiciliar, o que contribui também na consolidação da autonomia, protagonismo e corresponsabilização.

Conforme o MS, o acompanhamento pré-natal tem o objetivo de garantir o desenvolvimento da gestação e o nascimento de um recém-nascido saudável, sem ocasionar resultados negativos para a saúde materna, com o monitoramento regular do bem-estar materno e fetal, a fim de melhorar a saúde de ambos e identificar precocemente, possíveis intercorrências

e preveni-las. Cabe ao profissional abordar os aspectos psicossociais, assim como realizar atividades educativas e de prevenção (BRASIL, 2012).

O pré-natal realizado pelas enfermeiras obstetras é individualizado e respeitoso. A criação do vínculo entre mulher/casal ou família e as profissionais pode ser considerado um facilitador para a assistência das enfermeiras obstetras. Proporciona suporte a todos os questionamentos, bem como permite e estimula a troca de informação e conhecimento, além de estabelecer relação de confiança, praticamente, em condições de igualdade, sem o distanciamento da submissão ou hierarquia, diferente do atendimento oferecido pelo médico, principalmente dentro do contexto do modelo obstétrico dominante (PEPPE, 2017; ALMEIDA; ARAÚJO, 2020).

Dessa forma, a consulta de pré-natal colabora na construção de conhecimentos e prepara a mulher/casal ou família para o momento do parto e pós-parto, principalmente quando ela é realizada de maneira integral, superando as questões puramente biomédicas e englobando também o cuidado com o corpo, mente, espiritualidade, ambiente e todo o contexto em que a mulher/casal ou família está inserida (PEPPE, 2017).

As práticas educativas viabilizam o aperfeiçoamento das habilidades pessoais, permitem que as mulheres sejam protagonistas do seu transcurso parturitivo e desempenhem um papel ativo nas decisões relacionadas à sua assistência. O conhecimento adquirido não serve apenas para sustentar suas escolhas, mas também para que tenham uma vivência positiva, independentemente do local em que o parto ocorra (REIS *et al.*, 2017). Além disso, através da educação em saúde, o autocuidado é estimulado e as mulheres buscam se manter saudáveis e previnem complicações evitáveis (CURSINO, 2020).

O acompanhamento pré-natal e as atividades em grupo são consideradas estratégias educativas, pois fornecem informações fundamentais para fortalecer as escolhas sobre o parto e manter a autonomia da mulher, assim como contribuem para a segurança e autonomia do casal, o que gera mudanças de atitude e comportamento (REIS *et al.*, 2017).

O acompanhamento do pré-natal pode ser realizado pelas enfermeiras obstetras e/ou médicas obstetras, o que vai depender da composição e do protocolo de cada equipe de PDP. Mas também pode ser realizado concomitantemente com profissionais do serviço privado ou do plano de saúde, assim como do SUS, na Atenção Básica. Algumas equipes ainda oferecem opção para as mulheres realizarem o acompanhamento por outros profissionais, geralmente do convênio ou SUS, por razões financeiras, até determinada idade gestacional. A partir desse prazo, as mulheres precisam iniciar o pré-natal com a equipe de PDP, ficando a seu critério permanecer ou não com a outra assistência. Podemos perceber essas situações com os relatos

de Rosa, Maria e Manuela:

[...] A médica acompanha todo o pré-natal delas (mulheres) e a gente (enfermeira obstetra) faz uma consulta a partir de 33 semanas para conhecer o domicílio e poder conversar sobre parto, sinais de trabalho de parto, métodos de alívio da dor, o modelo da assistência, como que faz o acompanhamento (do trabalho de parto e parto), apresentar os materiais, [...] ver questões burocráticas como, onde vai colocar a piscina [...], se o chuveiro é elétrico, pede que compre resistência extra. [...] É uma consulta de tirar dúvidas e esmiuçar tudo que elas precisam [...]. Nessa visita a gente tem que olhar a questão do endereço, para gente saber onde é, para quando ela entrar em trabalho de parto, já ir certo na casa, para não perder tempo procurando (EO – ROSA).

[...] Ela vai fazer o pré-natal com a gente (enfermeiras obstetras). Algumas optam em querer fazer o pré-natal pelo plano de saúde, porque o pré-natal da gente é particular. Então ela faz uma parte desse pré-natal até 30/32 semanas com o profissional, a maior parte das vezes, um médico obstetra do plano de saúde e a partir de 30/32 semanas, a gente assume esse pré-natal até o dia do parto (EO – MARIA).

[...] Só aceitava as mulheres até 24 semanas, se eu não me engano. [...] A gente fazia uma consulta por semana na casa da paciente. A gente tinha nossa ficha de pré-natal e ia acompanhando ela. Ela continuava o pré-natal com a médica e fazia o nosso, porque se tivesse alguma intercorrência a gente já não podia mais acompanhar (EO – MANUELA).

Os discursos de Rosa, Maria e Manuela descreveram como funciona o atendimento pré-natal, em relação aos profissionais responsáveis, além do tempo limite para iniciá-lo com a equipe de PDP. O acompanhamento do pré-natal com a equipe da assistência ao PDP pode acontecer de forma independente ou paralelo ao realizado com médico obstetra de escolha da mulher ou equipe da Atenção Básica (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA, 2016; VOLPATO, 2020).

Quando ele não ocorre de forma concomitante, algumas equipes de PDP estabelecem um limite máximo na idade gestacional das gestantes, que pode variar de 32 a 35 semanas, conforme o identificado no estudo de Peppe (2017). A equipe Hanami, por exemplo, estabelece o primeiro contato para construção de vínculo com 30 semanas e a partir de 36 semanas iniciam as consultas semanais de pré-natal e a avaliação do ambiente, do contexto que a mulher/casal ou família está inserida, dos aspectos culturais, psicológicos e socioeconômicos (KOETTKER; BRÜGGEMANN; KNOBEL, 2017). Com isso, percebemos, mais uma vez, que cada equipe atua de uma forma.

As enfermeiras obstetras consideram importante a delimitação desse prazo, a fim de que haja tempo suficiente para avaliação obstétrica satisfatória, para garantir informações adequadas sobre as particularidades do PDP e estabelecer vínculo e confiança, o que contribui com o bom andamento dessa assistência (PEPPE, 2017).

Existem equipes que não estabelecem esse limite e aceitam gestantes com idade gestacional mais avançada. Porém as experiências não foram satisfatórias para ambos,

justamente pela falta de tempo para conhecer a mulher/casal ou família, para estabelecer vínculo e fornecer informações essenciais e específicas da assistência do PDP. Poucos encontros entre equipe e mulher/casal ou família, durante a gestação, é considerado inapropriado e pode trazer riscos (PEPPE, 2017).

Tal conduta contraria a recomendação do Parecer Técnico do COREN/SC que estabelece as normas para o acompanhamento do PDP e sugere que o contato com a equipe de PDP seja o mais precoce possível, que o cronograma de consultas proposto pelo MS seja seguido, contemplando consultas mensais até 28 semanas de gestação, quinzenais no intervalo de 28 a 36 semanas e semanais a partir de 37 semanas até o parto (BRASIL, 2012). Essas consultas podem ocorrer em espaço oferecido pela equipe ou no domicílio da gestante (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA, 2016).

Esse parecer orienta, também, que a equipe de PDP realize pelo menos uma visita ao domicílio onde ocorrerá o parto, entre 36 e 37 semanas, para conhecer e saber como chegar ao local, para avaliar as condições de moradia, o estilo de vida e o contexto familiar. Além disso, é necessário verificar se os materiais solicitados para o parto já foram preparados e separados, o que deve ocorrer também até 37 semanas de gestação (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA, 2016), como descrito anteriormente na fala de Rosa.

As consultas realizadas em domicílio possibilitam avaliar as condições de higiene e saneamento, preparar a casa para o parto, definir os planos e a disposição dos materiais necessários, além de observar o trajeto da equipe até a casa e da casa ao hospital de referência (PEPPE, 2017). Essas condutas preparam a equipe junto à mulher para tomar decisões acertadas e garantir a segurança e qualidade da assistência.

Durante o pré-natal, a criação de espaços para educação em saúde é de grande valia. Esses espaços possibilitam às mulheres compartilhar suas vivências, aprender e consolidar informações sobre aspectos que envolvem o transcurso parturitivo, a saúde da criança, da mulher e da família. Essas atividades podem ocorrer em grupos específicos de gestantes, nas comunidades ou em outros espaços de trocas de ideias (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, a prática do pré-natal de forma coletiva é uma das modalidades do pré-natal da assistência domiciliar, como identificamos a partir da fala de Orquídea:

[...] Outra prática que a gente tem é o pré-natal coletivo. [...] É realizado coletivamente com as gestantes atendidas por nós, de maneira que possa ter uma troca maior. Não vai ficar sendo apenas o meu diálogo com uma família. As dúvidas de uma família podem ser as dúvidas de outros. As famílias conhecem todo o coletivo, não apenas a parteira que eles contrataram. [...] Após o momento da consulta coletiva, cada parteira ia pra uma família e fazia a avaliação física [...]. Elas eram avaliadas,

por isso que não era roda de conversa, era pré-natal mesmo! [...] A gente já olhava os exames que elas traziam antes de começar o pré-natal coletivo, solicitava conforme o exame e quando fazia a avaliação física solicitava qualquer outra necessidade que fosse pertinente (EO – ORQUÍDEA).

Esse formato de pré-natal é realizado por diversas equipes e possui dois momentos. Inicia com uma conversa entre as profissionais que atendem o PDP, as gestantes e acompanhantes, sobre questões que envolvem todo o transcurso parturitivo. Posteriormente, há a avaliação obstétrica realizada de forma individual com cada gestante e seu acompanhante.

Toda a equipe participa dessas consultas, com o intuito de que as mulheres/casais ou famílias possam conhecer e criar vínculo com todas as profissionais do grupo, pois caso haja algum tipo de impedimento, a profissional contratada inicialmente será substituída por outra e isso não trará grande impacto para o relacionamento profissional-paciente e nem para a manutenção e qualidade da assistência.

Atualmente, o método mais conhecido e divulgado de pré-natal coletivo é o *Centering Pregnancy*, idealizado por Sharon Schindler Rising, obstetrix americana, na década de 1990, após identificar que o pré-natal individual padrão era repetitivo e ineficiente. Seu método abolia o pré-natal padrão e incorporava a consulta com avaliação obstétrica, educação e apoio, em grupo (CURSINO, 2020).

Nesse novo método, a condução do atendimento era realizada de forma interdisciplinar, geralmente por enfermeiras obstetras, obstetrixes, médicos de família ou obstetras, com participação de profissionais como nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, entre outros. Os profissionais têm o papel de facilitadores, de forma a proporcionar um ambiente de troca, aprendizado e vinculação entre todos (CURSINO, 2020).

Um estudo antropológico de Irineu (2021) descreve experiências com o pré-natal coletivo realizado por uma equipe (enfermeira obstetra, doula e outras parcerias) na cidade de Natal-RN. Esse atendimento envolve abordagem humanizada, educação perinatal, conexão com a gestação, exercício de parto ativo, troca de experiências e avaliação clínica individual.

Os encontros são para as gestantes/casais, realizados quinzenalmente e divididos em dois momentos: uma espécie de roda de conversa iniciada com a apresentação dos participantes, que contam um pouco sobre sua história, sobre a gestação, as expectativas sobre o parto, expõem as dúvidas ou inseguranças e em seguida discute-se sobre a temática do dia. Posteriormente, as gestantes têm consulta com a avaliação individual (SARAIVA, 2020; IRINEU, 2021).

A proposta do pré-natal coletivo busca integrar aspectos sociais, culturais e históricos, com a possibilidade de construir, coletivamente, conhecimento sobre o transcurso parturitivo,

com o intuito de dirimir as dúvidas e promover um local de acolhimento em relação às inseguranças que possam existir (IRINEU, 2021).

Nesse modelo há atenção biopsicossocial, ou seja, considera os aspectos biológicos, psicológicos e o meio social que a mulher/casal ou família está inserida. Importante dizer que não é possível desconsiderar o meio social, principalmente quando se trata de mulheres que optaram por um modelo contra hegemônico de parto, o PDP, e com uma assistência prestada por enfermeiras obstetras. Isso torna ainda mais necessária uma rede de apoio fortalecida e diferente do que predomina na sociedade em geral (CURSINO, 2020).

O pré-natal coletivo é considerado boa estratégia para melhorar a qualidade do cuidado e os desfechos de saúde obstétricos e neonatais. Em estudos internacionais, as mulheres que participam do pré-natal coletivo em comparação com as que fazem o pré-natal convencional no padrão do modelo obstétrico dominante, possuem possíveis benefícios como: menos chance de ter parto prematuro (ICKOVICS *et al.*, 2007; CUNNINGHAM *et al.*, 2019) e menor risco de baixo peso ao nascer. Dessa forma, em relação ao número de encontros, aquelas que comparecem a cinco ou mais pré-natais coletivos têm ainda menos risco de tais desfechos (CUNNINGHAM *et al.*, 2019).

Além disso, outros benefícios estão relacionados ao aumento do conhecimento sobre a gestação, parto e pós-parto: as mulheres sentem-se mais preparadas para o parto; têm maior satisfação com o atendimento e mais sucesso no início da amamentação (ICKOVICS *et al.*, 2007).

Sob outra perspectiva, o pré-natal coletivo também proporciona benefícios aos profissionais, como: satisfação em oferecer às mulheres uma rede de apoio, diminuição de demandas e sobrecarga, melhora no relacionamento entre eles e as gestantes, já que esse atendimento é compartilhado com vários profissionais (MCDONALDS *et al.*, 2014).

O acompanhamento do pré-natal de risco habitual, inserido no contexto do modelo obstétrico dominante, é ofertado pelo SUS, por profissionais da Atenção Básica, com consultas realizadas pela enfermeira e pelo médico. No sistema suplementar, a assistência é prestada pelo médico obstetra. Em ambos, as consultas são individuais e de curta duração, em torno de 15 a 20 min, devido à imposição de realizar o maior número de atendimentos em curto período de tempo, conforme a lógica da produtividade, tanto do SUS como dos planos de saúde (CURSINO, 2020).

Nesse atendimento, devido à sobrecarga, dificilmente todas as gestantes serão tratadas com pessoalidade, pois existem lacunas no relacionamento entre profissionais e pacientes, de forma que a escuta atenta e o acolhimento são prejudicados nesse contexto (IRINEU, 2021).

Além disso, muitas vezes, o aspecto da educação em saúde fica resumida ao esclarecimento de dúvidas pontuais apresentadas pelas gestantes e/ou acompanhante.

O modelo de pré-natal coletivo é também uma maneira de vencer essas dificuldades, a fim de atender as demandas das gestantes com qualidade, promover a satisfação, sem comprometer a qualidade da assistência obstétrica, pois esse modelo fornece uma abordagem integral, incorpora os familiares e possibilita apoio e educação com a troca de informações entre pares e profissionais, além de manter a avaliação obstétrica individual (ICKOVICS *et al.*, 2007; CURSINO, 2020). Essa modalidade de atendimento está em crescimento em países como Estados Unidos, Canadá, Inglaterra e Suécia (CURSINO, 2020).

A educação em saúde desenvolvida em grupo repercute positivamente na sociedade como um todo e não somente nas mulheres/casais ou famílias que participam, o que pode representar um instrumento de mudança no cenário obstétrico atual do Brasil (REIS *et al.*, 2017).

O pré-natal coletivo para mulheres que buscam o PDP contribuiu para fortalecer essa ideia e conseqüentemente, a decisão a respeito do local do parto, já que possibilita o acesso a informações atualizadas sobre a gestação, parto e pós-parto e as escolhas que envolvem esse transcurso. Dessa forma, pode-se dizer que é um modelo válido para todas as gestantes, pois apresenta benefícios e não traz prejuízos à saúde materno-fetal (CURSINO, 2020).

Em relação ao trabalho de parto e parto, a assistência domiciliar também diverge do modelo intervencionista e medicalizado, comum no cenário obstétrico dominante. Como já discutido, as enfermeiras obstetras utilizam as boas práticas, se fundamentam em evidências científicas e na utilização de tecnologias não invasivas para o cuidado, assim como no respeito à fisiologia do parto e nascimento, na autonomia e protagonismo feminino, de forma que a profissional é coadjuvante nesse transcurso, sendo que seu papel é intervir somente quando necessário para garantir a manutenção da segurança e qualidade dessa assistência, o que é bem representado pelos discursos abaixo:

[...] A nossa prática é não fazer nada, é não atrapalhar [...]. Quando a gente chega na atenção ao parto, nós parteiras (enfermeiras obstetras) devemos trabalhar com os olhos. Essa é a nossa prática assistencial: observar. [...] A gente vai para o parto aprendendo a não fazer nada. Porque a gente coça a mão para intervir. Nem que as intervenções sejam, entre aspas, bobas, mas a gente fica ali, não tá nascendo aquele bebê, a gente, às vezes, bota a mão para pegar o bebê. Não, não tem que pegar! É uma construção diária de não fazer nada e aprender a estar atento para intervir apenas se houver necessidade. Esse é um aprendizado a todo parto [...]. Então, realmente, a prática da gente é chegar no domicílio, montar o material de emergência e urgência no mais prático, que esteja às nossas mãos, sentar e observar. E ela vai parir no tempo que ela tiver que parir. Por isso que eu falo que a prática da gente é não fazer nada (risos), mas é estar pronto para atuar somente se houver necessidade (EO – ORQUÍDEA).

[...] A gente não tem intervenções farmacológicas. A gente vai ter o protagonismo da mulher no processo de parturição sempre. A mulher vai entrar em trabalho de parto, [...] todo o acompanhamento vai acontecer a partir da progressão dos sinais que a mulher está mostrando, a partir da ausculta intermitente, de visualização de que está chegando ao momento do expulsivo. Ali também vão se dar todas as possibilidades de métodos não farmacológicos para alívio da dor. [...] A gente não realiza toque vaginal no contexto domiciliar, salvo a necessidade de fazer uma transferência (EO – SIMONE).

[...] A minha assistência era sempre pautada no que tinha de mais recente nos estudos, [...] sempre escolhas baseadas em evidências. Não é uma coisa que eu fazia só porque outras pessoas faziam, que não tinha um porquê da coisa [...]. Resumindo é isso: a livre deambulação, a posição de escolha informada, o banho de chuveiro, a compressa morna, musicoterapia, cromoterapia e aromaterapia também. [...] Essas intervenções (toques sucessivos, Kristeller, episiotomia) que a mulher sofre no ambiente hospitalar, que ela não vai sofrer nunca no ambiente domiciliar se, lógico, ela tiver sendo assistida por uma equipe que respeite esse processo natural (EO – BELA).

[...] A gente tentava deixar a mulher o mais à vontade possível. Fazia o que é de rotina: ausculta dos BCF, [...] acompanhamento do trabalho de parto através do partograma, [...] sempre deixando ela na posição que ela estava no momento, da forma que ela se sentisse confortável. [...] Sempre incentivava todas as práticas não farmacológicas. A gente levava bola, banqueta e usava o que tinha na casa também. O chuveiro, se tinha banheira. [...] Evitava muito toque, tentava ir mais pelo aspecto do muco ou pelo próprio gemido da mulher. A vocalização mostra muito. A gente via também o comportamento dela, porque a mulher quando ela está próxima de parir, o comportamento muda muito (EO – MANUELA).

As falas de Orquídea, Simone, Bela e Manuela demonstram que no ambiente domiciliar, as práticas das enfermeiras obstetras durante o trabalho de parto e parto se baseiam em evidências científicas, no respeito à fisiologia e ao protagonismo da mulher, bem como em cuidados não invasivos e não farmacológicos, com o monitoramento rigoroso e cuidadoso do bem-estar materno e fetal.

O cuidado desenvolvido pelas enfermeiras obstetras durante o trabalho de parto consiste na avaliação da vitalidade fetal e das condições maternas, por meio do exame físico obstétrico, dos sinais vitais, da avaliação do batimento cardíaco fetal de forma intermitente, da dinâmica uterina, assim como contribuir com a evolução fisiológica do parto e nascimento (PEPPE, 2017). Técnicas não farmacológicas para alívio da dor também são utilizadas para promover conforto às mulheres, dentre elas: banho de aspersão e imersão, massagem e utilização da bola (KOETTKER, 2010). Além disso, devem se portar de maneira “imperceptível”, como auxiliares da mulher, sensíveis às suas demandas e disponíveis a todo o tempo para diagnosticar de forma precoce e lidar com qualquer tipo de intercorrência (PEPPE, 2017).

O Parecer Técnico do COREN/SC, que estabelece as normas para o acompanhamento do PDP, orienta que para a assistência durante o trabalho de parto e parto, a equipe deve realizar o monitoramento da evolução fisiológica do trabalho de parto por meio da ausculta fetal intermitente, verificação dos sinais vitais maternos, avaliação obstétrica e preenchimento do

partograma. Também, estimula cuidados com o bem-estar emocional, como oferta de apoio afetivo e de métodos não farmacológicos de alívio da dor, promoção de ambiente acolhedor e respeito às necessidades das mulheres (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA, 2016).

A OMS (1996), defende que o acompanhamento do parto normal de risco habitual requer apenas um olhar atento e cuidadoso, com o objetivo de detectar previamente os sinais de complicações. Desaconselha intervenções desnecessárias e enfatiza o estímulo e apoio às mulheres. No domicílio, a mulher conta com uma rede de apoio profissional e familiar, sendo que o parto se configura como natural, com pouca ou nenhuma intervenção do profissional, mas com a aplicação de conhecimentos baseados em evidências, que vão além da tecnologia (FRANK; PELLOSO, 2013).

As recomendações da OMS e do MS na assistência ao trabalho de parto e parto incentivam o uso das boas práticas, que incluem o respeito à escolha da mãe sobre o local do parto, apoio empático pelos profissionais, fornecimento de informações, oferta de alimentação, monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente e do progresso do parto com o partograma, uso de métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor (massagens, técnicas de relaxamento), liberdade de posição e movimentação, presença do acompanhante de escolha da mulher, entre outros (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996; BRASIL, 2017).

Tais recomendações estão em consonância com as práticas relatadas pelas enfermeiras obstetras deste estudo. São tecnologias acessíveis, não invasivas e de baixo custo. Portanto, podem ser ofertadas em todos os serviços de saúde e também no contexto domiciliar. Além disso, promovem o afastamento do modelo tecnocrático de assistência, assim como estimulam as práticas baseadas em evidências científicas que impactam qualitativamente no cuidado à mulher e ao recém-nascido.

As enfermeiras obstetras são profissionais recomendados pela OMS e MS para o atendimento ao parto de risco habitual, já que têm suas práticas alinhadas com as evidências científicas e fazem uso das intervenções e tecnologias de modo racional e criterioso, o que reduz os procedimentos desnecessários, eleva os índices de parto normal e de satisfação das mulheres e família (PASCOTO *et al.*, 2020).

Nesse sentido, é característico da assistência domiciliar das enfermeiras obstetras, a promoção de conforto, de ambiente acolhedor, de apoio emocional, de liberdade para a alimentação e descanso; o respeito ao progresso natural do parto e nascimento, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, como banho quente, massagem; além da presença de

acompanhante de escolha da mulher, que é livre e encorajada por essas profissionais para decidir como e o que deve ocorrer durante esse transcurso (SILVA *et al.*, 2019; ALMEIDA; ARAÚJO, 2020).

Na assistência ao parto hospitalar, a pesquisa “Nascer no Brasil” que incluiu aproximadamente 24 mil mulheres, revelou que somente 26% das mulheres puderam se alimentar, 46% puderam se movimentar durante o trabalho de parto e 18,7% contaram com acompanhante. Em relação às intervenções realizadas durante o trabalho de parto, mais de 70% das mulheres usaram acesso venoso periférico, cerca de 40,7% receberam ocitocina e realizaram amniotomia para acelerar o trabalho de parto e 38,2% receberam analgesia. Com relação às intervenções durante o parto, 92% das mulheres pariram em litotomia, 37,3% receberam pressão na parte superior do útero (manobra de Kristeller) e 56,1% tiveram seus períneos cortados (episiotomia) desnecessariamente, sendo que essa taxa foi ainda maior nas primíparas: 74,7%. As intervenções desnecessárias e não fundamentadas nas evidências científicas foram consideradas excessivas e responsáveis por desfechos desfavoráveis para o parto e/ou nascimento (LEAL *et al.*, 2014b).

Nosso país é conhecido pela elevada incidência de cesarianas e pelo excesso de intervenções médicas durante o trabalho de parto e parto. Nessa mesma pesquisa, apenas 5,6% das mulheres classificadas com risco obstétrico habitual pariram de forma natural, sem qualquer tipo de intervenção. Quando esse dado é observado em outros países, como o Reino Unido, nos anos de 2011 e 2012, percebe-se que a realidade é diferente, uma vez que 41,8% das mulheres pariram naturalmente, sendo que 97% desses partos ocorreram em unidades hospitalares do serviço público de saúde (LEAL *et al.*, 2014b).

Nesse sentido, a frequência elevada de intervenções em mulheres de risco habitual demonstra que, na maioria das vezes, foram utilizadas de forma desnecessária e cumpriram o papel de repetição de uma rotina, o que representa a desconsideração da necessidade clínica das pacientes e das evidências científicas (LEAL *et al.*, 2014b).

A prevalência de violência obstétrica no Brasil é alta. Uma em cada quatro mulheres relata que sofreu algum tipo de violência durante a assistência ao transcurso parturitivo ou abortamento. Esse termo tem sido utilizado para descrever as diferentes formas de violência ocorridas nesses atendimentos. Várias definições têm sido propostas. Uma delas é da primeira lei latino-americana que tipifica esta forma de violência, aprovada pela Venezuela (TESSER *et al.*, 2015), que diz que violência obstétrica é:

Qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, tanto em público como privado, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em tratamento desumano, no

abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres (VENEZUELA, p.30, 2007).

A violência obstétrica pode estar relacionada com o uso inadequado das tecnologias, como o excesso de intervenções, com a negligência, imprudência ou com a falta de respeito e discriminação por parte dos profissionais de saúde, que são legitimados pelas relações representativas de poder e pelos saberes técnicos científicos que naturalizam e banalizam sua manifestação no cenário obstétrico (JARDIM; MODENA, 2018).

O modelo tecnocrático, biomédico e hospitalocêntrico, hegemônico em nosso país, normaliza essa assistência intervencionista, cesarista e violenta. Enquanto que no PDP, as mulheres vivenciam nenhuma ou poucas intervenções durante o trabalho de parto e parto, têm suas escolhas respeitadas quanto à liberdade de posição e movimentação. Além disso, as taxas de sucesso do parto normal são altas, mesmo em mulheres com cesárea prévia, e as taxas de transferência são reduzidas tanto durante o trabalho de parto quanto após o parto, como evidenciado no estudo nacional de Koettker *et al.* (2018) que objetivou descrever as práticas obstétricas da assistência ao PDP por profissionais qualificados, enfermeiras obstetras, obstetizes e médicos obstetras e generalistas.

De forma geral, os resultados desse estudo apontam que no contexto domiciliar, as práticas são compatíveis com as evidências científicas. No entanto, alguns profissionais ainda utilizaram intervenção não recomendada no domicílio (ocitocina venosa durante o trabalho de parto) e de prática proscrita (manobra de Kristeller) (KOETTKER *et al.*, 2018). Porém, não podemos direcionar essas práticas às enfermeiras obstetras, pois o estudo incluiu outras profissões.

A assistência intervencionista, característica da maioria das instituições hospitalares, é um aspecto importante para a ocorrência de complicações e consequente necessidade de cuidados avançados, o que não se aplica ao ambiente doméstico, pois tem prática assistencial com o mínimo de intervenções. Esse é um dos fatores que promovem bons resultados no PDP, especialmente quando associado a uma seleção criteriosa das mulheres e adequada integração desse modelo com o sistema de saúde. Assim, representa um dos motivos para uma experiência positiva de parto, o que pode colaborar para satisfação das mulheres com a vivência do PDP (CUNHA *et al.*, 2021).

Em relação ao pós-parto, as práticas assistenciais seguem a mesma linha das boas práticas, fundamentadas em evidências científicas, de acordo com as falas:

[...] A gente, depois do parto, faz todos os cuidados no domicílio: ocitocina

intramuscular, as medidas do bebê, vitamina K, dá a caderneta, DNV, [...] avalia sinais vitais e tem que ficar pelo menos 4 horas, que é o período crítico. É nesse tempo que vai organizando as coisas, arrumando [...]. (A primeira visita) a gente vai com 24h que pode ser eu (enfermeira obstetra) ou a médica, faz o teste do coraçãozinho e a primeira avaliação do binômio, avalia mãe e bebê. Depois dessa visita, a gente marca de 03 a 05 dias pra ir novamente. [...] Ela (mulher) tem que ter uma pediatra de referência, que vai fazer avaliação e dar as solicitações que a mulher precisa para os exames do bebê. Já é uma coisa acordada (EO – ROSA).

[...] Depois do parto, a gente ficava ainda na casa, uma média de 04 a 06 horas. A gente limpava a casa toda, toda a bagunça que a gente fazia. Ficava acompanhando as primeiras 04 a 06h pra ver como é que ia ficar a mãe e o bebê. A gente voltava com 24 horas para avaliar de novo, depois com mais 48 horas, uma semana e com 01 mês também (EO – MANUELA).

[...] Após o nascimento, entre 24 e 48 horas ela (neonatologista da equipe) faz um encontro em domicílio e depois com 07 a 10 dias faz outro encontro a domicílio para poder avaliar aquele bebê. A gente vai nesse mesmo período, mas pra poder avaliar o binômio. A gente avalia a mulher, predominantemente, mas a gente faz uma avaliação mesmo do binômio. [...] Se eu vou com 24h, a neonatologista vai com 48h. A gente tem que intercalar essa assistência, principalmente quando tem alguma dificuldade com a amamentação, coisas que precisam ajustar (EO – MARIA).

[...] A gente sempre esperava o cordão parar de pulsar para depois a gente fazer o clampeamento e a secção, desprendimento espontâneo da placenta. [...] O recém-nascido era avaliado também. A gente fazia todos os cuidados que se fazia na maternidade: administração de vitamina K, peso, medidas antropométricas, todos os cuidados e o colírio de nitrato de prata se fosse do desejo da mulher, porque a gente sabe que não é obrigatório, só se essa mulher teve teste positivo, mas se ela não teve, não tem necessidade desse bebê usar. A gente sabe que faz no hospital por uma questão de protocolo [...]. A gente fazia visita 24h após o parto e depois 72h. Nessa visita pós-parto, a gente já entregava todas as vias de exames para aquele bebezinho, deixava a receita também prescrita com, lógico, o que nós, enfermeiras obstetras, podíamos receitar e o plano de cuidados pra aquele pós-parto. Fazia o acompanhamento da loquiação e se a paciente tivesse alguma lesão perineal que tivesse sido suturada, a gente também acompanhava. Na grande maioria das vezes, as pacientes não precisavam de sutura perineal. Muitas vezes não tinha também nem lacerações. [...] A gente queria ver como é que ficava essa mulher, essa família e o bebê (EO – BELA).

Com os relatos de Rosa, Manuela, Maria e Bela, percebemos que o modelo de cuidado do PDP é individualizado e se caracteriza pelo completo envolvimento com todo o transcurso parturitivo, inclusive o pós-parto. Logo após o parto, as enfermeiras obstétricas realizam toda a avaliação necessária da mãe e do recém-nascido, como aferição de sinais vitais, aplicação de ocitocina profilática, medidas antropométricas, entre outros. Além disso, se responsabilizam pela organização do ambiente, o que contribui para o conforto da família. A quantidade e o período das avaliações subsequentes, assim como o profissional responsável por elas, variam de acordo com o protocolo de cada equipe. Porém, as mulheres continuam sendo assistidas, mesmo após o puerpério imediato, que é do 1º ao 10º dia após o parto.

A primeira visita é realizada com até 24h de vida do neonato, para avaliação dele e da mãe, realização do teste do coraçãozinho e orientações quanto a amamentação, vacinação, os

demais exames de triagem do recém-nascido e quanto aos cuidados para a mulher e bebê. As visitas subsequentes seguem com a avaliação integral da mulher, neonato e família. Realiza-se, também, educação em saúde e atendimento às demandas que surgirem, assim como proporcionam suporte físico e emocional. No entanto, não há consenso quanto à quantidade dessas visitas, nem quanto à duração da assistência, que pode se estender até pelo menos o 10º dia pós-parto, mas pode durar mais, principalmente pela disponibilidade de orientações por meio do contato telefônico (KOETTKER; BRÜGGEMANN; KNOBEL, 2017; PEPPE, 2017).

De acordo com o Parecer técnico do COREN/SC, as práticas das enfermeiras obstetras após o parto consistem, em relação a puérpera: atenção especial ao período de Greenberg, controle de sinais vitais e de perdas sanguíneas, dequitação e avaliação da placenta, revisão perineal com sutura se necessário, entre outros. Em relação ao recém-nascido, observar por no mínimo duas horas após o delivramento, realizar escore de Apgar, avaliar os sinais vitais, realizar exame físico completo, pesar, realizar a profilaxia da hemorragia neonatal (vitamina K), promover e favorecer o contato pele a pele, estimular a amamentação e outros (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA, 2016).

Além disso, é necessário que a equipe permaneça no domicílio tempo suficiente para que as condições fisiológicas maternas e neonatais estejam estáveis. A primeira consulta de pós-parto deve ser realizada dentro das primeiras 24h, garantindo o acompanhamento por, no mínimo, 72h pós-parto para avaliar o bem-estar da mãe e do recém-nascido, prestar orientações e apoio à amamentação. A equipe de PDP também é responsável por orientar a realização dos testes de triagem neonatal preconizados pelo MS (teste do pezinho, orelhinha e olhinho) dentro do prazo estabelecido como ideal para cada um deles, assim como orientar a necessidade de consulta médica do recém-nascido até o 10º dia de vida (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA, 2016).

As práticas das enfermeiras obstetras estão de acordo com essas recomendações e com as orientações do MS (BRASIL, 2017), assim como são semelhantes às encontradas nos estudos de Koettker, Bruggemann e Knobel (2017) e de Peppe (2017). As autoras descrevem que, após o nascimento no ambiente domiciliar, há avaliação da vitalidade do neonato, favorecendo o contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e estimulando a amamentação, assim como a criação do vínculo, principalmente na primeira hora de vida, a hora dourada. Além disso, é importante realizar o clampeamento em tempo oportuno do cordão umbilical, permitir e encorajar a participação do acompanhante em todos os cuidados (LEDO *et al.*, 2021).

O exame físico completo do neonato e os cuidados gerais, como administração via intramuscular de vitamina K, medidas antropométricas e pesagem, são realizados

posteriormente, em respeito à primeira hora de vida. A mulher é acompanhada durante o período que se segue, delivramento e Greenberg. A equipe permanece no domicílio até que puérpera e recém-nascido estejam estáveis e se preocupam, também, em garantir a alimentação e hidratação da mulher, providenciam e ajudam na higiene dela, assim como organizam a casa.

É essencial que a assistência ao recém-nascido adote cuidados que contribuam para sua adaptação extrauterina de forma fisiológica, com o mínimo de intervenções possíveis. A humanização do parto e nascimento envolve, também, o respeito ao recém-nascido com práticas menos intervencionistas (LEDO *et al.*, 2021).

A assistência ao recém-nascido, dentro das instituições, segue o mesmo padrão do oferecido à mulher, conforme as características do modelo dominante, tecnocrático, intervencionista e biomédico. Nesse sentido, como aponta o estudo de Ledo *et al.* (2021), a maioria dos recém-nascidos saudáveis é submetida a intervenções desnecessárias e invasivas, como aspiração oronasofaríngea, gástrica e traqueal de forma rotineira e oxigênio inalatório. Há, também, o afastamento entre mãe e filho, visto que a promoção do contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida aconteceu em menos de 30% dos nascimentos.

A assistência recebida nesse contexto, na maioria das vezes, é contrária às recomendações do MS, que afirma que o recém-nascido saudável e com boa vitalidade deve permanecer junto a mãe, com contato pele a pele imediato logo após o nascimento, tendo o estímulo ao aleitamento de forma precoce. A separação para realizar procedimentos de rotina como pesar, medir e dar banho deve ser evitada na primeira hora de vida. Além do que, não é recomendada a aspiração orofaríngea ou nasofaríngea sistemática do recém-nascido saudável (BRASIL, 2017). O nascimento suave e fisiológico com menos intervenções é, na maioria dos casos, melhor para o recém-nascido.

O pós-parto é o período considerado como o mais difícil e solitário para as mulheres que o vivenciam. Mas, muitas vezes, é desvalorizado pelos profissionais e instituições de saúde, de maneira que a assistência é frágil e insuficiente. Dessa forma, é comum que a puérpera e a família lidem com a falta de informação, apoio e preparo para esse momento (PEPPE, 2017).

Quando o parto acontece no hospital, as mulheres e família ficam desamparadas em relação ao apoio profissional, pois a assistência se dá em momentos pontuais (uma consulta dentro da primeira semana e outra até o 42º dia pós-parto) após a alta hospitalar, que geralmente ocorre entre 24h ou 48h após o parto, nos casos em que não há nenhum tipo de complicação (BRASIL, 2001).

Em contraponto, no contexto da assistência domiciliar, as enfermeiras obstetras se preocupam em oferecer informações sobre o puerpério, desde as consultas de pré-natal.

Abordam aspectos sobre os cuidados com o recém-nascido e com a mulher, mas também consideram as questões emocionais, sexuais, culturais e sociais. Ou seja, têm um olhar integral também para o puerpério (PEPPE, 2017).

Além disso, o apoio e o atendimento às dúvidas permanecem constantes, de acordo com a demanda de cada família, de forma que as enfermeiras obstetras ficam disponíveis para realizar mais visitas quando necessário ou oferecer essa assistência por meio de contato telefônico. Dessa forma, a assistência puerperal domiciliar é mais completa e personalizada do que a realizada no contexto hospitalar (PEPPE, 2017).

No contexto domiciliar, o cuidado no puerpério também é individualizado e assertivo, em decorrência do vínculo formado desde o pré-natal, o que facilita o atendimento das reais necessidades de cada mulher/casal ou família pela equipe de PDP (PEPPE, 2017).

Diante do exposto, percebemos que a enfermeira obstetra/ equipe na assistência domiciliar possui papel importante no estabelecimento e manutenção de condições saudáveis para adaptação adequada da mulher, recém-nascido e família no período puerperal (COLACIOPPO *et al.*, 2010).

Qualquer que seja o local de assistência ao transcurso parturitivo, este deve possuir condições indispensáveis para assistência segura, dentre elas a disponibilidade de materiais mínimos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996). Nesse sentido, as enfermeiras obstetras participantes revelam que dispõem de todo o material e equipamentos necessários para prestar essa assistência de forma segura e qualificada, conforme identificamos nos discursos:

[...] A gente tinha uma mesa gigantesca de materiais e utensílios que a gente usava ou não usava, mas eles precisavam estar ali. [...] Tinha material pra reanimação neonatal, reanimação adulto, medicações básicas, caixa de medicação pra hemorragia pós-parto, aspirador, gaze, seringa. A gente tinha tudo! Tudo o que você imaginasse que poderia precisar no cenário de parto (EO – BELA).

[...] A partir de 33 semanas, a gente vai no domicílio para levar boa parte do material de forma prévia. [...] A gente leva a lista de material que ela precisa providenciar. [...] Alguns materiais vão no dia do parto, que a equipe leva. As medicações que ficam em geladeira, tipo ocitocina, a médica manda durante o pré-natal numa caixinha de isopor e avisa que é pra ficar na geladeira e ela leva pra casa (EO – ROSA).

[...] A gente tinha todas as medicações, [...] a gente levava banqueta, bola, oxigênio,ambu, tanto adulto quanto pediátrico, cilindro de oxigênio. O que mais, Deus? Ave, era tanta coisa. Piscina a gente levava também. Uma semana antes da data provável de parto, a gente deixava uma “mudança” na casa da mulher (EO – MANUELA).

A partir das falas de Bela, Rosa e Manuela, percebemos que as enfermeiras obstetras se preocupam em garantir a segurança da assistência ao parto no contexto domiciliar, quando providenciam e dispõem de materiais e equipamentos necessários para todo o atendimento. São materiais dos mais simples ao mais complexos, como: luva, seringa, medicações de urgência,

cilindro de oxigênio, ventilador com pressão positiva (ambu), entre outros. Dessa forma, mesmo que não haja necessidade de sua utilização, eles precisam estar disponíveis e prontos para uso.

O material utilizado no parto inclui itens descartáveis e instrumentais esterilizados para secção do cordão umbilical e reparo perineal, como seringas, agulhas, fio, pinças etc, assim como a bola suíça, piscina e banqueta de parto, rebozo, óleos para massagem, sonar, torpedo de oxigênio,ambu, balança, fita métrica, entre outros (COLACIOPPO *et al.*, 2010).

As equipes, geralmente, levam parte do material quando a gestante está com idade gestacional próxima ao termo ou à data provável de parto. A outra parte é levada quando inicia o trabalho de parto e a equipe se desloca para o domicílio. Dessa forma, todo o material para o atendimento ao trabalho de parto, parto e pós-parto e para suporte básico de vida, estará disponível para atender as possíveis intercorrências maternas e/ou neonatais (KOETTKER; BRÜGGEMANN; KNOBEL, 2017).

O Parecer Técnico do COREN/SC (2016) que estabelece as normas para o acompanhamento do PDP, orienta que para a assistência durante o trabalho de parto e parto, a equipe deve dispor e preparar os materiais e equipamentos necessários para o atendimento, assim como manter o ambiente limpo, organizado e aquecido.

Destacamos que os materiais recomendados para o parto são: luvas (estéreis e de procedimento), termômetro, estetoscópio adulto, esfigmomanômetro, doppler fetal e materiais de sutura, como fios, gazes, seringas, agulhas, anestésico local e antisséptico tópico etc. Para o atendimento ao recém-nascido e de urgência: luvas estéreis, ventilador com pressão positiva com máscara para RN, aspirador e sondas de aspiração, cilindro de oxigênio, clampeador para o cordão umbilical, estetoscópio infantil, vitamina K, entre outros. Com relação às medicações de urgência: soro fisiológico, ringer lactato, ampolas de ocitocina e ergotrate injetáveis, adrenalina (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA, 2016).

Desse modo, percebe-se que a assistência ao PDP não dispensa o uso de materiais e tecnologias, como a sociedade, em geral, entende, mas os utiliza de forma criteriosa e quando necessária. Essa assistência ocorre de maneira planejada e com profissionais capacitados, que têm a obrigação de prover os insumos necessários para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no contexto domiciliar (SILVA *et al.*, 2019).

Os resultados apontam que as práticas assistenciais das enfermeiras obstetras no PDP abrangem competências de ordem técnica, não-técnica e gerencial. São em sua maioria, baseadas nas boas práticas e em evidências científicas, a fim de garantir autonomia e protagonismo da mulher durante todo o transcurso parturitivo, de forma fisiológica e respeitosa,

com o mínimo de intervenções, tanto para a mulher como para o recém-nascido, o que contribui para diminuir as chances de intercorrências. Esse modelo de cuidado se associa ao estabelecimento de vínculo, relação de confiança e corresponsabilização da assistência.

5.4 Intercorrências e transferências no Parto Domiciliar Planejado: a vivência das enfermeiras obstetras

O parto está sujeito a intercorrências, tanto com a mulher quanto com o recém-nascido, independentemente do local de nascimento. Por isso, é indispensável que a assistência ao PDP aconteça com planejamento adequado e com acompanhamento de uma equipe especializada nesse tipo de assistência, com capacidade para lidar com as urgências/emergências, garantindo os cuidados necessários e de qualidade para mulher e recém-nascido, assim como prover a transferência para o contexto hospitalar quando necessário.

A segurança do PDP tem sido demonstrada, principalmente, quando há integração dessa prática com o sistema de saúde. Recente metanálise incluiu 500 mil partos e identificou que não há diferença estatística quanto ao risco de morbimortalidade perinatal ou neonatal para mulheres de baixo risco, quando nascimentos domiciliares e hospitalares são comparados (HUTTON *et al.*, 2019). Porém, o MS afirma que as evidências oriundas de outros países não necessariamente são aplicáveis ao Brasil e por isso não recomenda essa assistência (BRASIL, 2017).

No entanto, como a maioria dos partos acontecem no contexto hospitalar, principalmente no Brasil, o desenvolvimento de estudos com amostra maior e representativa para avaliar os resultados dessa assistência torna-se difícil. Também, a realização de ensaios clínicos randomizados e controlados para avaliar a influência do local do nascimento nos desfechos maternos e neonatais é dificultada, pois as mulheres que optam por essa assistência estão fortemente motivadas a parir no ambiente domiciliar (KOETTKER; BRÜGGEMANN; DUFLOTH, 2013).

Para superar essas dificuldades, as autoras recomendam que estudos de coorte prospectivo sejam realizados a fim de avaliar a assistência ao PDP, assim como estudos qualitativos, para conhecer a vivência das mulheres/casais ou família que escolhem essa modalidade (KOETTKER; BRÜGGEMANN; DUFLOTH, 2013).

Embora os partos domiciliares sejam considerados seguros tanto quanto os hospitalares, podem acontecer intercorrências durante qualquer fase do transcurso parturitivo que necessitem de intervenções para que sejam resolvidas, o que pode ocorrer no domicílio ou precisar de transferência para o hospital. Com relação às intercorrências solucionadas em domicílio, as enfermeiras obstetras descrevem:

[...] As intercorrências que a gente tem em casa são poucas. [...] A que a gente mais presença é a hemorragia pós-parto, [...] uma das intercorrências mais comuns também no ambiente hospitalar [...] e reanimação neonatal, que a gente já consegue reverter com os passos iniciais: aquecer e estímulo tátil. Poucos chegam ao uso de

ventilação. [...] A gente que já trabalha com parto domiciliar sem intervenção nenhuma, sabe que não tem muito como ter controle nesse processo, mas o principal ponto é estar atualizado de como lidar com aquele processo de intercorrência e estar preparado para. [...] Pouco a gente precisa entrar com parte mais avançada. Eu atrelo muito a questão desses limites que a gente exige para a elegibilidade do parto domiciliar. [...] Então diminui também a chance de complicação dentro do domicílio (EO – MARIA).

[...] Tem intercorrências que são resolvidas em casa. A maior quantidade de emergência que a gente tem hoje no parto domiciliar, dentro do coletivo, é hemorragia pós-parto [...] e não me recordo de nenhuma HPP que a gente tenha precisado transferir, que não tenha sido resolutive em domicílio (EO – ORQUÍDEA).

[...] A gente teve uma hemorragia pós-parto. [...] Da equipe, eu tenho o curso do ALSO, que é o de emergências obstétricas. A gente conhecia todo o protocolo de HPP e conseguiu resolver em casa. Depois a gente ficou com ela em observação. [...] Ela não teve nenhum tipo de repercussão hemodinâmica, apesar do sangramento. Não foi uma HPP muito grande, mas a gente preferiu fazer todo o protocolo, pecar pelo excesso mesmo. Ela ficou muito bem depois (EO – MANUELA).

A partir das falas de Maria, Orquídea e Manuela, percebemos que as principais intercorrências que acontecem no domicílio são a hemorragia pós-parto e a necessidade de reanimação neonatal. No entanto, são situações que podem ser resolvidas ainda no contexto domiciliar e, na maioria das vezes, apenas os passos iniciais são suficientes.

Nesse sentido, os partos no contexto domiciliar possuem riscos semelhantes aos partos hospitalares. Contudo, o embasamento do PDP nas boas práticas e evidências científicas ajudam a promover melhores desfechos maternos e neonatais, assim como a quantidade menor de intervenções também pode contribuir para sua segurança e para as baixas taxas de intercorrências, transferências e cesarianas, já que quanto mais intervenções, mais riscos (LEAL *et al.*, 2014b; KOETTKER; BRUGGEMANN; KNOBEL, 2017; KOETTKER *et al.*, 2018).

Estudos nacionais de Koettker, Bruggemann, Knobel (2017) e Santos *et al.* (2018), com 187 e 99 mulheres respectivamente, identificaram que as taxas de intercorrências são baixas e que a hemorragia pós-parto (6,4% e 1,01%) é uma das principais complicações que afetam as mulheres no pós-parto imediato, mas que podem ser solucionadas no domicílio, sem necessidade de transferência, assim como relatado pelas enfermeiras obstetras da nossa pesquisa.

Em relação ao recém-nascido, a taxa de intercorrência também é baixa. Apenas 2,5% dos recém-nascidos necessitaram de ventilação positiva para iniciar ou manter a respiração, sem necessidade de transferência posteriormente (SANTOS *et al.*, 2018), o que também condiz com o descrito, de que a maioria precisa apenas dos passos iniciais da reanimação.

Tanto a hemorragia pós-parto como a necessidade de reanimação neonatal são comuns também no contexto hospitalar. Porém, estudo realizado no Reino Unido identificou que o risco

de hemorragia no pós-parto de mulheres atendidas no domicílio é duas vezes e meia menor do que as das mulheres assistidas no hospital, o que pode estar relacionado às práticas assistenciais e intervenções realizadas nesse ambiente (NOVE; BERRINGTON; MATTHEWS, 2012).

Quanto à reanimação neonatal, o PDP, quando realizado por profissionais qualificados, é associado a redução da necessidade de ressuscitação do neonato, assim como da terapia de oxigênio nas primeiras 24 horas de vida, internações hospitalares e de traumas no nascimento (CHEYNEY *et al.*, 2014; SCARF *et al.*, 2019). Importante destacar, também, que nessa assistência a frequência de escore de Apgar ≥ 7 no primeiro e quinto minuto de vida são elevadas, acima de 96% (COLACIOPPO *et al.*, 2010; KOETTKER *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2018), o que indica boa condição de nascimento dos recém-nascidos.

A mortalidade perinatal não difere em partos hospitalares e domiciliares entre nulíparas e múltiparas (SCARF *et al.*, 2019). Esses achados divergem do que é recomendado pelo MS, que aponta maiores complicações neonatais para nulíparas que optam pelo PDP (BRASIL, 2017). Diante desse contrassenso das informações, é importante a atualização das evidências e sua contextualização para o cenário em que serão utilizadas, a fim de auxiliar as mulheres na decisão pelo local de parto (VOLPATO, 2020).

Nos casos em que a intercorrência não pode ser resolvida no ambiente domiciliar, a transferência para o hospital torna-se imprescindível. Por isso, é importante que as profissionais que atuam na assistência ao PDP tenham capacidade técnica e prática para atender às peculiaridades dessa modalidade de atendimento, que exige avaliação contínua para identificar precocemente os sinais de risco, garantia de suporte básico de vida e estabilização de mulheres e recém-nascidos até a conclusão da transferência (BRASIL, 2017).

Como vimos, as intercorrências podem ser conduzidas em domicílio ou necessitarem de encaminhamento ao serviço hospitalar em tempo oportuno para um desfecho favorável. Essa transferência pode acontecer em decorrência de várias situações, como podemos perceber com os trechos:

[...] Uma taquicardia (fetal) e a gente transferiu para uma unidade hospitalar, para um parto normal hospitalar. Mas a gente sabe que aqui na cidade é muito pouco provável que isso aconteça. Então ela fez uma cesariana (EO – EDUARDA).

[...] Transferência a pedido da mulher, ela já tinha algumas horas com dilatação completa, bebê baixo, mas sem puxo espontâneo, sem contração boa [...]. Ela optou por ir para o hospital para poder usar ocitocina para estimular a contração (EO – ROSA).

[...] Quando existe (transferência), existe um principal, que eu acho que é o que lidera mais, é a pedido da mulher. Quando aquela mulher opta em querer ir para a maternidade, para poder fazer algum tipo de intervenção que a gente não faz em domicílio, uma analgesia, uma ocitocina, porque está numa latência prolongada [...]. E, alguns poucos bebês que precisaram ser reanimados, foram estabilizados em casa,

mas mantiveram um desconforto respiratório (EO – MARIA).

[...] Retenção placentária foi um dos motivos de transferência. Pedido de analgesia, embora poucos, já aconteceram. Alteração da frequência cardíaca fetal, embora poucos também aconteceram. [...] Alteração da pressão arterial da gestante, no processo, mesmo gestante obviamente de risco habitual, sem nenhuma queixa de pressão antes. [...] Do bebê, taquipneia transitória do recém-nascido (EO – ORQUÍDEA).

[...] Teve também uma outra transferência que a gente teve uma latência prolongada [...]. Fez acupuntura, osteopatia, tudo de método não farmacológico possível, para que essa mulher engatasse no trabalho de parto, foi oferecido, mas não aconteceu. Então, nesse caso, dentro de uma postura técnica de segurança, do que é o limite para a gente, daquela assistência, a gente resolveu que ela deveria buscar o hospital. Ela acabou indo, deu tudo certo, pariu também. Deu tudo certo entre aspas! Pariu, mas sofreu violências surreais no processo de parturição no âmbito hospitalar, o que nos deixa muito sentida! (EO – SIMONE).

A partir das falas de Eduarda, Rosa, Maria, Orquídea e Simone, podemos identificar alguns motivos que ocasionam a transferência materna e/ou neonatal do contexto domiciliar para o hospitalar, como: alteração da frequência cardíaca fetal, do padrão respiratório do recém-nascido e da pressão arterial da gestante, assim como fase latente do trabalho de parto prolongada e retenção placentária. Ou a partir de solicitação da mulher em decorrência da exaustão e/ou interesse por intervenções que não são realizadas no domicílio, como analgesia e ocitocina venosa no trabalho de parto.

As razões para a transferência materna encontradas em estudos nacionais e internacionais se assemelham às citadas pelas enfermeiras obstetras deste estudo. Os principais motivos de transferência indicados pela literatura nacional foram: parada de dilatação do colo uterino e da descida do feto (KOETTKER; BRUGGEMANN, KNOBEL, 2017); solicitação da mulher, frequência cardíaca fetal não tranquilizadora, (SANTOS *et al.*, 2018; PEREIRA *et al.*, 2020); retenção placentária, bolsa rota acima de 16h; hemorragia pós-parto (SANTOS *et al.*, 2018) e aumento da pressão arterial da parturiente (PEREIRA *et al.*, 2020).

No estudo de Koettker, Bruggemann, Knobel (2017), as autoras identificaram, também, a dequitação prolongada ou retardada (33,7%) como uma das intercorrências. Porém nenhuma puérpera precisou de transferência, assim como nenhuma parturiente foi transferida por alteração na frequência cardíaca fetal, o que difere dos nossos resultados, em que essas condições foram citadas como fatores para o encaminhamento hospitalar.

Na literatura internacional, os principais motivos foram: a solicitação por analgesia e o lento progresso do trabalho de parto, hemorragia pós-parto e sofrimento fetal, sendo estes últimos menos comuns (CHEYNEY *et al.*, 2014; SCARF *et al.*, 2019).

Quanto às razões de transferência neonatal foram: na literatura nacional, Síndrome de Down não diagnosticada no pré-natal (SANTOS *et al.*, 2018); arritmia cardíaca após 6h de vida

e avaliação do pediatra (COLACIOPPO *et al.*, 2010); epidermólise bolhosa não diagnosticada anteriormente ao parto (KOETTKER *et al.*, 2012); e na internacional, desconforto respiratório e/ou Apgar menor que 7 e para avaliação de anomalias congênitas (CHEYNEY *et al.*, 2014).

Assim como as taxas de intercorrências, as taxas de transferências maternas e neonatais do PDP, no contexto nacional, são consideradas baixas (KOETTKER; BRUGGEMANN; KNOBEL, 2017; KOETTKER *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2018; SOUZA, N. *et al.*, 2020) bem como em outros países como Austrália (HOMER *et al.*, 2014; SCARF *et al.*, 2019) e Estados Unidos (CHEYNEY *et al.*, 2014).

Essas taxas podem sofrer influências pelos critérios de elegibilidade e planejamento das equipes, pelas condições dos países e paridade das mulheres, assim como pelo respeito à fisiologia do parto e nascimento e ao uso restrito de intervenções obstétricas, que contribuem para o bem-estar materno-fetal (KOETTKER; BRUGGEMANN; KNOBEL, 2017; SCARF *et al.*, 2019).

No estudo nacional de Koettker, Bruggemann, Knobel (2017), com 187 mulheres, a taxa de transferência materna durante o trabalho de parto foi de 7,4% e não houve nenhuma após o parto. Na pesquisa de Santos *et al.* (2018), com 99 mulheres, a taxa de transferência materna desde o início do trabalho de parto até o pós-parto foi de 21,2%, 19,2% no trabalho de parto e 2% após o parto, enquanto de recém-nascido foi de 1,2%. Porém, o motivo não foi intercorrência, mas por ter Síndrome de Down não diagnosticada no pré-natal.

Apesar da taxa de transferência intraparto estar um pouco mais elevada nessa última pesquisa, ela se aproxima à encontrada no estudo de Koettker *et al.* (2018), com 667 mulheres, no qual a taxa de transferência de parturientes foi de 15,6%, de puérperas 1,9%, e de neonatos 1,6%.

No contexto internacional, estudo de Cheyney *et al.* (2014), com 16.924 mulheres que planejavam o PDP nos Estados Unidos, em um período de 05 anos, apresentou as seguintes taxas de transferência, 10,9% intraparto, 1,7% pós-parto e 1% de neonatos. Na coorte retrospectiva realizada por Scarf *et al.* (2019), referente ao período de 13 anos, em um estado da Austrália, identificou que das 1824 mulheres que planejavam o PDP, 23,8% foram transferidas para o hospital.

Percebemos que os dados nacionais para transferência materna e neonatal são semelhantes entre si e também com a variação apontada pela literatura internacional, que varia de 8,8 a 21% de forma geral em países de alta renda. E quando estratificada por paridade, para as múltiparas está entre 4,8 a 12,3% e para as nulíparas 24 a 39,1% (SCARF *et al.*, 2019), enquanto os índices de remoção neonatal variam de 0,7 a 1,5% (VOLPATO, 2020).

Em relação à necessidade de cesariana em mulheres que optam pelo PDP, essa taxa também é baixa. Esses índices, nos estudos que analisam os desfechos maternos e neonatais dessa assistência, variam de 5,7 a 9%, o que representa valores menores do que o recomendado pela OMS, uma taxa de 10 a 15% do total de partos. Esses valores estão abaixo da realidade brasileira, que apresenta índices em torno de 46% na rede pública e de 88% na rede privada (CURSINO; BENINCASA, 2020) o que mostra que a chance de parto normal no contexto domiciliar é maior. Em outros países, a taxa de cesárea nas mulheres que optaram pelo PDP é menor do que 9% (CHEYNEY *et al.*, 2014; HOMER *et al.*, 2014).

O estudo nacional de Santos *et al.* (2018), citado anteriormente, apresenta taxa de cesárea de 17,2% em relação ao total de mulheres (99) que iniciaram o acompanhamento domiciliar, o que está acima da variação observada em outros estudos. Quando levamos em consideração a taxa de cesariana dentre as mulheres que foram transferidas (21), essa taxa passa para 80,9%. Ou seja, a maioria das mulheres transferidas foram submetidas à cesariana. Vale ressaltar que o estudo não permite identificar quais foram os motivos que indicaram a cirurgia (SANTOS *et al.*, 2018).

De forma semelhante, o estudo Koettker, Brüggemann, Dufloth (2013) mostrou que de 100 mulheres, 11 foram transferidas e a maioria (9) foi submetida à cesariana. Porém, a indicação desse procedimento também não é identificada no estudo, mas as autoras destacam que todas as pré-cesariadas, mesmo com dois anos ou mais da cirurgia, foram submetidas novamente a ela.

De forma geral, a necessidade da cesariana entre as mulheres que optam pela assistência ao PDP é baixa. No entanto, quando analisamos a proporção de cirurgias dentro das transferências, essa taxa aumenta. Tal situação reflete a fala de Eduarda, quando se refere ao desfecho da transferência culminar em uma cesariana desnecessária.

Nesse sentido, podemos refletir se essas cirurgias são realizadas por uma real indicação ou se ainda são reflexo do modelo obstétrico “cesarista” brasileiro, visto que muitas equipes não possuem médico *backup* e as mulheres transferidas são atendidas pelos plantonistas dos hospitais, os quais, em sua maioria, além de possuírem preconceitos em relação ao PDP, não atuam baseados em evidências científicas, como já discutimos. E ainda, quando o resultado da transferência é o parto vaginal, as mulheres sofrem violência obstétrica, como retrata o discurso de Simone.

Apesar das taxas de transferências serem reduzidas, a sua possibilidade é discutida entre a equipe de PDP e a mulher/casal ou família desde o pré-natal, como também são apontadas as fragilidades da rede de suporte diante da necessidade de transferir. Durante o pré-natal, é

elaborado o plano de parto, o qual inclui todo o planejamento para essa situação (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA, 2016).

A decisão em relação à necessidade da transferência se dá no decorrer do transcurso parturitivo, após avaliação criteriosa da equipe. Ela é, principalmente, de responsabilidade do profissional que presta o atendimento. Porém, a mulher/casal ou família são corresponsáveis. Além disso, podem optar pelo parto hospitalar a qualquer momento, mesmo que não haja indicação clínica para esse encaminhamento (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA, 2016; PEREIRA *et al.*, 2020).

Durante a elaboração do planejamento para uma possível transferência hospitalar, seja por alguma alteração no transcurso fisiológico ou por escolha da mulher, são organizadas quatro rotas de transferência. A primeira é chamada de plano B e é destinada para remoção durante o trabalho de parto sem urgência, sendo que o hospital escolhido pela mulher não precisa ser necessariamente o mais próximo da sua casa, mas deve oferecer as melhores condições de assistência baseada em evidências. O plano C é a segunda opção, sendo destinado a uma transferência com urgência durante o trabalho de parto. A terceira, plano D, é para transferência materna após o parto. E a última, o plano E, é uma opção de transferência para o recém-nascido (CURSINO, 2020).

Diferentemente do plano B, nas opções C, D e E, o hospital escolhido deve ser o mais próximo da casa da mulher, no máximo 30 minutos de distância, pois diante de situações de urgência/emergência, o tempo gasto no trajeto entre a casa e o hospital pode ser um fator de agravamento do quadro e de desfecho negativo (CURSINO, 2020; CUNHA *et al.*, 2021).

Durante o planejamento, considera-se também se a mulher possui ou não plano de saúde, quais hospitais são cobertos por ele, ou se a transferência será para hospitais do SUS, assim como outras particularidades de cada mulher/casal ou família e da equipe de assistência domiciliar (CURSINO, 2020).

O parecer técnico do COREN/SC (2016), não aborda o limite de tempo para esse deslocamento, mas recomenda que a transferência eletiva, decorrente da escolha do casal, sem alterações maternas ou fetais, pode ser realizada em veículo particular. Porém, nos casos de emergência, esse transporte deve ser feito pelo Serviço Móvel de Urgência (SAMU) ou serviço privado. Esses encaminhamentos devem ser realizados para hospital público ou privado que ofereça assistência 24h, ginecológica/obstétrica e anestesia e/ou que equipe conte com *backup* particular, conforme acordo prévio.

Mesmo com todo planejamento e respeito a essas recomendações, é interessante que todos os profissionais que se envolvem na assistência à mulher que opta pelo PDP estabeleçam

uma relação colaborativa, como orientam a maioria dos protocolos internacionais, incluindo os profissionais que prestam esse cuidado, aqueles do atendimento pré-hospitalar que transportam essa mulher, os profissionais que a receberão nos hospitais após a transferência, assim como qualquer outro especialista que seja acionado para uma consultoria ou atendimento (COLOSSI, 2017).

Ainda segundo esses protocolos, a integração do PDP aos serviços de saúde contribuiria para maior segurança dessa modalidade de assistência. Porém, atualmente no Brasil, não há política pública que contemple esse tipo de atendimento, como já discutimos, assim como não há sistema de referência bem estabelecido, de suporte profissional e/ou hospitalar caso a mulher e/ou recém-nascido necessitem de transferência, de encaminhamento para avaliação ou de atendimento específico (KOETTKER, 2016; COLOSSI, 2017).

Na ausência desse sistema formal para as transferências, cada equipe atua de uma maneira. A equipe Hanami, por exemplo, durante o pré-natal, aborda a possibilidade da transferência e estabelece qual hospital será utilizado como referência e se o médico que realiza o pré-natal em conjunto com a equipe do PDP será chamado para atender essa mulher no hospital ou não. Caso a necessidade de transferência se confirme, as decisões acordadas previamente durante o pré-natal são respeitadas pela equipe (KOETTKER; BRÜGGEMANN; DUFLOTH, 2013).

Durante a transferência realizada por essa equipe, a enfermeira responsável pelo atendimento no domicílio faz o contato telefônico com o médico que acompanhou o pré-natal (que não faz parte da equipe) e com o hospital escolhido como referência, permanecendo durante o atendimento hospitalar, caso a instituição escolhida seja particular (KOETTKER; BRÜGGEMANN; DUFLOTH, 2013). Supõe-se que esse seja um acordo realizado previamente com as instituições e/ou com o médico que assumirá a assistência no contexto hospitalar, já que, se manter na assistência após a transferência é uma das dificuldades que as enfermeiras obstetras enfrentam, como será relatado a seguir pelas participantes do nosso estudo.

A comunicação efetiva e antecipada entre a equipe de atendimento domiciliar e a instituição de saúde pode favorecer o gerenciamento da transferência, pois permite ao hospital possuir informações prévias sobre a mulher e/ou recém-nascido a ser atendido, de modo a organizar o atendimento para que o cuidado não seja impactado negativamente e a assistência seja efetiva. Presume-se que essa comunicação apresente fragilidades, já que essa assistência não faz parte das políticas públicas de saúde do nosso país (CUNHA *et al.*, 2021).

Por conta desse cenário de falta de protocolos e políticas públicas para o PDP, cada equipe possui uma composição distinta de profissionais, sendo que aquelas formações que

possuem médicos como *backup*, que recebem a mulher no hospital e conhecem o caso antes da sua chegada, são considerados mais eficazes, já que podem agilizar o processo de internação e a tomada de decisões necessárias (CURSINO, 2020).

Outro benefício pode ser citado quando a equipe possui profissionais de *backup*, como a manutenção do padrão da assistência que estava sendo prestada em domicílio, um atendimento coerente com as evidências científicas, o que contribui para o sentimento de segurança e satisfação das mulheres. A existência de profissionais *backup* também é uma maneira de assemelhar-se ao modelo europeu, onde o PDP é oferecido pelo sistema de saúde, favorecendo a comunicação entre a equipe domiciliar e hospitalar e fortalece a segurança dessa assistência (CURSINO, 2020).

No modelo brasileiro, em que não há esse sistema de referência formalizado para as transferências e que a maioria dos profissionais que atuam nos hospitais possuem conceitos equivocados em relação ao parto extra-hospitalar, as equipes de PDP e as mulheres vivenciam situações desgastantes e desrespeitosas quando a transferência para as instituições hospitalares é necessária, conforme descrito nos relatos:

[...] A dificuldade de se manter no acompanhamento quando ocorre uma transferência, [...] um desrespeito muito grande conosco, profissionais (EO – EDUARDA).

[...] No parto domiciliar planejado assistido por enfermeira obstétrica, dentro do hospital, a gente deixa de ter possibilidade da atuação. [...] Passando daquela porta de entrada, a gente não tem qualquer possibilidade de atuação. A gerência passa a ser do profissional médico (EO – SIMONE).

[...] Tem um descaso horrível. Não olham pra gente, às vezes não querem nem ouvir o que a gente está falando. [...] Já não agridem mais verbalmente a gente, mas essa agressão passa a vir para a mulher, para a família quando eles ficam lá dentro, “a culpa é do parto domiciliar, se você tivesse vindo antes...”, “esse negócio não tem amparo científico, isso é tudo mentira”. Mesmo que a gente vá pra um hospital numa transferência com a nossa equipe médica parceira, mesmo assim essa mulher vai sofrer isso pelo *staff* do hospital e nós também. [...] Cada mulher que precisa de uma transferência, para a gente é muito sofrido! [...] A gente lida com a frustração delas como se fosse nossa também (EO – ORQUÍDEA).

[...] A recepção sempre é ruim. A gente não tem uma recepção empática com a equipe ou com a mulher. [...] Muito preconceituosa, sempre atrela como um casal alternativo, pela escolha do parto domiciliar e que a gente sabe que não é dessa forma. A gente já assistiu médicas, advogados. [...] Acham que são pessoas que não fazem pré-natal, que não têm informação. [...] Algumas mulheres, inclusive, optam em querer omitir o local do nascimento e de que era um parto domiciliar planejado com medo dessa retaliação no hospital (EO – MARIA).

[...] Certos comentários, às vezes, ele (médico) queria desmerecer o nosso trabalho, como se aquilo aconteceu, porque foi um erro durante o processo. Mesmo a gente mostrando pra ele, [...] no partograma a gente registrava absolutamente tudo, todas as auscultas fetais, todas as dinâmicas uterinas, tudo o que foi feito com aquela paciente, [...] mas a gente já estava acostumada com isso. A gente já imaginou que poderia passar por essa situação (EO – BELA).

[...] Quando a gente chegou no hospital, a enfermeira que estava de plantão na emergência, ela conhecia a equipe e aí ela foi ótima, recebeu super bem. Mas quando falaram que era a transferência de um parto domiciliar, a equipe médica de obstetrícia fez toque na mulher pra ver se não tinha nenhuma alteração de colo, se não tinha nenhum tipo de laceração, botaram ela deitada, fizeram avaliação do canal vaginal, ficou culpando “o bebê tá assim porque pariu em casa”. Ainda perguntaram “da onde é que vocês acharam esse torpedo (de oxigênio)?”, como se a gente não tivesse todo um equipamento (EO – MANUELA).

A partir dos discursos de Eduarda, Simone, Orquídea, Maria, Bela e Manuela compreendemos como acontece a recepção das enfermeiras obstetras que atendem ao PDP, assim como das mulheres que escolhem essa assistência, no contexto hospitalar decorrente de uma transferência. Fica clara, ainda, a importância de registrar todo o atendimento realizado em domicílio, tanto no prontuário quanto no partograma.

Esses trechos referem que a assistência da equipe de PDP, caso seja apenas de enfermeiras obstetras, é descontinuada quando a mulher e/ou recém-nascido são recebidos no hospital em decorrência da transferência. Essas profissionais não conseguem ter acesso aos pacientes, que passam a ficar sob a responsabilidade somente dos profissionais da instituição. Aliado a isso, está o preconceito, descrédito e desrespeito com o trabalho das equipes de PDP, caracterizados pela recepção de forma ríspida, agressiva e violenta, que se estende às mulheres e acompanhantes. Tal situação é considerada pelas enfermeiras obstetras do estudo, também, como um dos desafios que envolvem essa assistência.

A recepção institucional, na maioria das vezes, não é acolhedora e torna-se conflituosa e constrangedora, inclusive com formas subjetivas de violência para com a equipe, mulheres e familiares, já que a maioria dos profissionais não concordam com o atendimento obstétrico domiciliar. Na tentativa de evitar esse embate, muitas mulheres omitem a escolha do PDP e justificam a ida tardia ao hospital por estarem aguardando a evolução do trabalho de parto em casa (SANFELICE *et al.*, 2014; KOETTKER, 2016; MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2016; PEREIRA *et al.*, 2020).

Importante destacar que o mau atendimento às equipes de PDP durante a transferência também se estende aos médicos que integram a equipe ou que se colocam como *backup*. Eles também sofrem preconceito e perseguição dos colegas que não concordam com esse tipo de assistência (PEPPE, 2017).

Essa forma de recepção pode ser consequência de diversas razões, como a falta de postura ética e respeitosa por parte dos profissionais das instituições, desconhecimento sobre o trabalho das equipes de PDP, a invisibilidade desse modelo de assistência por parte das políticas públicas de saúde e pela ausência de comunicação entre as equipes domiciliares e hospitalares

(PASCOTO *et al.*, 2020).

Nesse contexto, as enfermeiras obstetras que atendem ao PDP apontam que a transferência é considerada uma situação difícil de lidar, em razão da falta de suporte do sistema de saúde e da maioria dos profissionais, caracterizada pela ausência de comunicação entre os profissionais da assistência domiciliar, o serviço de urgência e emergência e o hospital de referência da parturiente, pela inexistência de fluxo formalizado de referência e contrarreferência, bem como pelo impedimento do acompanhamento e de permanência da equipe domiciliar, especialmente das enfermeiras obstetras, durante o atendimento hospitalar (KOETTKER, 2016; COLOSSI, 2017; ALMEIDA; ARAÚJO, 2020; PASCOTO *et al.*, 2020).

Essa situação adversa é agravada pelo sentimento de frustração, tanto por parte da equipe como da mulher/casal ou família, que surge com a necessidade de transferir para o hospital, o que muitas vezes não é reconhecido pelos profissionais da instituição, e também pelo desrespeito, hostilidade e preconceito frequentemente vivenciados nessa recepção institucional (KOETTKER, 2016; COLOSSI, 2017; PEREIRA *et al.*, 2020; VOLPATO, 2020).

Dessa maneira, o apoio da equipe de PDP é imprescindível e vai além dos aspectos técnicos. Envolve trazer segurança, auxiliar à mulher/casal ou família na compreensão e ressignificação dessa situação, abordar quaisquer preocupações que venham ter e tentar minimizar a ansiedade, assim como garantir que seus desejos e direitos sejam respeitados (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2017; PEREIRA *et al.*, 2020; VOLPATO, 2020).

Esses aspectos que envolvem o processo de transferência decorrem da falta de política pública e protocolos específicos consolidados como uma diretriz nacional que contemple a atenção ao PDP. Diante disso, é urgente a necessidade de organização e suporte para essa modalidade de assistência, a fim de que haja uniformidade nas práticas assistenciais, nos critérios de elegibilidade e na capacitação dos profissionais envolvidos direta e indiretamente com o PDP, o que contribuirá para um atendimento seguro e qualificado que culminará em desfechos favoráveis.

Nesse sentido, deveria ser direito das mulheres que optam pela assistência de PDP, consulta, encaminhamento, transporte e transferência dos cuidados quando necessários, de forma respeitosa, segura, com a garantia de que o profissional que presta o serviço domiciliar as acompanhe, permaneça com elas e participe de todo o processo dentro da instituição (COLOSSI, 2017).

A desintegração do PDP da rede de assistência ao parto e nascimento no contexto brasileiro, devido ao não reconhecimento e disponibilização pelo Estado, é um dos fatores que

fragiliza essa assistência, tanto para as mulheres e sua família, como para os profissionais, aumentando o risco de eventos adversos, já que pode comprometer as transferências, emergenciais ou não, por conta da demora na busca de atendimento, tempo de deslocamento e atendimento, pela falta de comunicação entre as equipes e pela descontinuidade da assistência pelos mesmos profissionais (COLLAÇO *et al.*, 2017; KOETTKER, 2016; VOLPATO, 2020; VOLPATO *et al.*, 2021).

O fato de o PDP estar à parte do sistema de saúde também pode contribuir para que essa assistência seja percebida como irresponsabilidade e/ou clandestinidade. Países como Canadá, Holanda, Austrália, Inglaterra, já reconhecem a assistência domiciliar e a integram ao sistema de saúde, o que legitima essa modalidade e facilita a atuação dos profissionais, incluindo o acesso ao transporte de emergência e transferência dos cuidados obstétricos e/ou neonatais quanto necessários (PASCOTO *et al.*, 2020).

No contexto brasileiro, diante da inexistência de protocolos que normatizem a assistência ao PDP e da descredibilização do trabalho das equipes, principalmente das enfermeiras obstetras, é imprescindível que as profissionais mantenham o registro, tanto no prontuário quanto no partograma, de toda a assistência, como forma de proteção legal quanto à tomada de decisões e realização de procedimentos. Isso contribui para quando avaliação do trabalho é necessária. Esse registro é importante, também, para os casos de transferência, em que é preciso compartilhar todas as informações com os profissionais que assumirão o atendimento (SILVA *et al.*, 2019).

Defendemos que o PDP faça parte da rede dos serviços de saúde, que inclua capacitação dos profissionais, transporte e resposta rápida, com o intuito de favorecer os encaminhamentos e os desfechos para mulheres e recém-nascidos, uma vez que esses resultados são influenciados pela organização da rede de atenção obstétrica (VOLPATO, 2020). Também, é preciso elaborar e estabelecer um fluxo de transferência entre o domicílio e o hospital, seja no sistema público ou privado, o que pode contribuir para minimizar essas dificuldades enfrentadas pelas equipes de PDP (KOETTKER, 2016).

Nossos resultados apontam que os principais motivos de intercorrências e transferências no PDP citados pelas enfermeiras obstetras estão de acordo com o apresentado pela literatura nacional e internacional.

Em decorrência da assistência ao PDP não ser integrada ao sistema de saúde brasileiro, essas profissionais encontram dificuldades durante todo o processo que envolve a transferência, pois não existe um fluxo formalizado para transferir a mulher e/ou o recém-nascido do domicílio para o hospital, nem de instituição de saúde ou equipe multidisciplinar de suporte que

possam contribuir com essa modalidade de assistência.

Além disso, a recepção no contexto hospitalar não é adequada com os envolvidos, já que a equipe de PDP, mulheres/casais ou famílias podem enfrentar o preconceito, tratamento hostil e retaliações por parte dos profissionais da instituição.

5.5 Impactos da pandemia na assistência ao Parto Domiciliar Planejado

Desde que a OMS declarou pandemia da COVID-19, em 11 de março de 2020, os países enfrentam consequências em todos os setores da sociedade, principalmente na saúde. Para reduzir os desfechos negativos em decorrência dessa doença, identificaram-se grupos de riscos, que pudessem desenvolver complicações e óbitos, como idosos, pessoas com doenças crônicas, profissionais de saúde e posteriormente gestantes e puérperas (BRASIL, 2020f; SOUZA; AMORIM, 2021).

Para as mulheres, especificamente na gestação, parto e pós-parto, a pandemia surge como uma nova fonte de medos e riscos, que estão relacionados às questões de vulnerabilidade do ciclo gravídico-puerperal, à COVID-19, à falta de informações seguras e de acesso aos serviços de saúde, à submissão aos protocolos das instituições de saúde e à dificuldade em conseguir assistência de qualidade, baseada nas boas práticas, com o respeito às escolhas das mulheres e seus direitos. O medo e o risco são intensificados pela sensação de exposição ao perigo, à falta de segurança, de não ter controle sobre o transcurso parturitivo, assim como pela incerteza quanto ao futuro (SOUTO; ALBUQUERQUE; PRATA, 2020; STOFEL *et al.*, 2021).

A elevada taxa de mortalidade entre essas mulheres, aliada ao medo da contaminação e às dificuldades do contexto do parto e nascimento, ampliadas pela crise na saúde pública, como a violação dos direitos no hospital (restrição ao acompanhante e doula), a insuficiência de recursos para gerir os cuidados e o possível aumento da ocorrência de violência obstétrica e de cesáreas desnecessárias, levou as mulheres a pensarem no domicílio como opção de local para o parto, mesmo entre aquelas que nunca consideraram essa possibilidade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2020; TAKEMOTO *et al.*, 2020; SOUZA, K. *et al.*, 2020; SOUZA; AMORIM, 2021).

Nesse contexto, no primeiro ano de pandemia, o interesse pelo PDP e a procura pelas equipes que prestam essa assistência aumentaram, tanto no Brasil, quanto em outros países como Estados Unidos, Reino Unido, Holanda e Austrália (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2020; DAVIS-FLOYD; GUTSCHOW; SCHWARTZ, 2020; HOMER *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2021; SCHIMIDT; CORNEJO; RUBASHKIN; 2021; VERHOEVEN *et al.*, 2022). Esse aumento é relatado também pelas enfermeiras obstetras da nossa pesquisa:

[...] Nesse período de pandemia, houve um aumento do número de casos de mulheres que querem o parto domiciliar planejado [...] muitas diziam: “eu quero parir em casa porque no hospital tá tendo muito caso de COVID”. [...] Essa resposta de fugir da

contaminação não é o suficiente. [...] Quando fazemos a visita de uma mulher que quer o parto domiciliar, eu pergunto o que levou ela a querer um parto domiciliar e eu sempre ouvi uma resposta muito concreta: “por que o parto é fisiológico, quando é de risco habitual vai acontecer em qualquer lugar e pra mim o ambiente mais seguro é aqui na minha casa” (EO – ROSA).

[...] Em 2020, que foi logo quando se iniciou (a pandemia), a gente percebeu uma procura maior para o parto em casa. Muito com o contexto de uma fuga do ambiente hospitalar, mais até do que um desejo de querer parir em casa. [...] A gente fazia questão de informar a elas do que era de fato o parto domiciliar e quais são os riscos que agregam. Então, não é apenas fugir do parto hospitalar. Ela precisa entender o que é esse parto domiciliar (EO – MARIA).

[...] Teve uma procura muito maior, justamente porque as mulheres estavam com medo. No hospital, com certeza, além de todas as outras coisas, violência obstétrica, todas as intervenções que a mulher está sujeita, ela está também mais exposta (à COVID-19) (EO – LUANA).

[...] Eu não julgo que houve um aumento da procura pelo parto domiciliar, houve um aumento da curiosidade pelo parto domiciliar. [...] Porque escolher parto domiciliar por motivo pandemia, é critério de inelegibilidade. Não dá para você escolher um sistema, que é um sistema de parto contracultural, motivado apenas porque tenho risco (de contaminação) no hospital. [...] Mas isso foi bom, porque algumas famílias que procuraram, a mídia que deu esse *boom* [...], de uma certa forma é benéfico pro movimento, porque você acaba desmistificando algumas coisas (EO – ORQUÍDEA).

Os discursos de Rosa, Maria, Luana e Orquídea demonstram que houve um interesse maior pelo PDP durante a pandemia da COVID-19, caracterizado como uma fuga do ambiente hospitalar pelo medo da contaminação pelo coronavírus. Porém, para essas profissionais, apenas esse motivo não justifica a escolha dessa assistência. Por isso, Orquídea sinaliza que o aumento da procura estava mais relacionado à curiosidade sobre esse atendimento do que uma escolha.

O maior interesse pelo PDP durante a pandemia, apesar de motivado pelo medo de contaminação pela COVID-19, foi benéfico, pois levou a sociedade olhar para esse modelo como possibilidade de assistência para a gestação, parto e puerpério, assim como contribuiu para que se conhecesse mais a seu respeito (VOLPATO *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2021).

Alguns profissionais que prestam assistência ao parto domiciliar nos Estados Unidos tiveram a mesma percepção das enfermeiras do nosso estudo, ao apontar que ocorreu aumento na procura por essa assistência, mas não houve aumento real no acompanhamento dos partos, sendo que a motivação de escolha do PDP por medo da contaminação pelo coronavírus não era aceita por parte dessas profissionais, por entenderem que as mulheres precisam ter um compromisso ideológico com essa assistência e compreendê-la em todos os seus aspectos. As profissionais que aceitaram atender as mulheres com essa motivação tiveram aumento de intercorrências durante o trabalho de parto e necessidade de transferência (GUTSCHOW; DAVIS-FLOYD, 2021).

Para as mulheres que têm como principal motivação o medo da contaminação pelo coronavírus, não é indicado considerar o PDP como opção de assistência. Antes, precisam se sentir seguras com essa escolha, o que só será possível com conhecimento, informações de qualidade, planejamento e estabelecimento de vínculo com a equipe, para que optem por essa assistência de maneira informada e coerente com suas percepções acerca da segurança e dos riscos envolvidos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2020; SANTANA, 2020; VOLPATO *et al.*, 2020).

Embora o medo e as restrições impostas pelo contexto pandêmico não sejam bons motivos para escolher o PDP, quando se analisa o risco benefício dos locais de nascimento e a baixa exposição ao coronavírus, o PDP tem ganhado força nessa escolha, mesmo diante do preconceito e do medo a respeito dessa assistência (CARNEIRO, 2020; VERHOEVEN *et al.*, 2022).

Por outro lado, a escolha do local do nascimento, como acontece com outros aspectos do cuidado, deve ser livre e não apenas motivada pelas restrições ou medo de ser infectada no hospital. As escolhas das mulheres, o senso de controle e autonomia impactam as experiências de parto, as quais são indicadores importantes da qualidade dos cuidados, assim como dos desfechos maternos e neonatais (VERHOEVEN *et al.*, 2022).

O interesse pelo PDP se contrapõe à ideia consolidada de que o hospital é o ambiente incontestavelmente “natural” e ideal para o parto, já refutada há muito tempo pelo modelo de atendimento francês, holandês e inglês, no qual a assistência é realizada pelas *midwives* que atendem as mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal no seu domicílio (CARNEIRO, 2020).

Nesse sentido, a percepção da sociedade sobre as particularidades do PDP, inclusive dos riscos, em comparação com o parto hospitalar, é relativa e marcada pelo contexto histórico e social, podendo se transformar a partir das vivências durante a pandemia (SANTOS *et al.*, 2021).

As escolhas das mulheres quanto ao local do parto são influenciadas pela percepção de risco e autonomia, o que aponta para a necessidade de explorar esses conhecimentos ao discutir as opções para o nascimento, principalmente entre as mulheres com gestação de risco habitual (VERHOEVEN *et al.*, 2022).

Portanto, espera-se que sociedade, profissionais de saúde e gestores percebam o PDP como uma opção viável, de baixo custo para o sistema de saúde e segura, tanto para mulheres quanto para recém-nascidos, numa gestação de risco habitual (SANTOS *et al.*, 2021). Além disso, um sistema obstétrico no qual o PDP está bem integrado pode contribuir para o

enfrentamento de desafios, por exemplo em uma situação de pandemia (VERHOEVEN *et al.*, 2022).

Em decorrência da pandemia, além do aumento na procura pelo PDP, houve necessidade de inclusão de aspectos sobre a contaminação e/ou sintomas da COVID-19 nos critérios de elegibilidade para o parto em domicílio, bem como de adaptações na atuação profissional diante dos riscos de contaminação e morbimortalidade materna e dos profissionais de saúde. Quanto aos critérios de inclusão relacionados à COVID-19, as enfermeiras obstetras relataram:

[...] Tem essa adaptação, ficou muito nessa (dúvida) se ia permitir quem teve COVID ou não, quem estava com COVID ativo se ia ter o parto domiciliar ou se iria contraindicar, pra ser hospitalar. [...] Se tiver com a doença ativa ou com sintomas não aceitamos, mas se teve no passado e está sem sintomas não contraindica (o parto domiciliar) (EO – ROSA).

[...] A gente tem o cuidado com a mulher a termo que pegou COVID-19. Ela só vai parir conosco se encerrar o período de 14 dias. Não é nem dos 10 que está tendo, de isolamento. A gente não assiste parto com a mulher contaminada, só no hospital. Já sai do critério (para o parto domiciliar). [...] Quem contraiu COVID e não está a termo, contraiu, passou, está tudo bem com aquela gestante, a gente continua acompanhando. Agora, se ela no termo contrair COVID e entrar em trabalho de parto no período de isolamento, ela tem que ir pro hospital. A gente não assiste (EO – SIMONE).

As falas de Rosa e Simone apontam que além dos critérios de elegibilidade para o parto em domicílio, já discutidos, como ser uma gestação de risco habitual, a termo, feto único, com o advento da pandemia, as equipes incluíram critérios relacionados à COVID-19, em relação ao período em que essa gestante foi contaminada e às suas condições clínicas.

O fato de inexistir regulamentação nacional da prática assistencial do PDP não mudou com a instauração da pandemia, mas apresentou-se como um aspecto ainda mais complexo nesse cenário, visto a necessidade de elaboração de novos protocolos que oferecessem segurança às mulheres e às equipes que prestam esse serviço (VOLPATO *et al.*, 2020; WEBLER *et al.*, 2022).

Dessa forma, as equipes elaboraram seus protocolos e definiram os critérios de inclusão, de maneira individualizada, a partir das recomendações das sociedades e organizações, nacionais e internacionais, que se manifestaram sobre o parto no ambiente extra-hospitalar no contexto pandêmico, bem como sobre adaptações das recomendações para a assistência ao parto e nascimento no contexto hospitalar (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2020; VOLPATO *et al.*, 2020; HOMER *et al.*, 2021; WEBLER *et al.*, 2022).

Com relação aos critérios de inclusão, as principais recomendações indicam que para as gestantes sintomáticas, suspeitas ou confirmadas, o parto extra-hospitalar, seja domiciliar ou

em CPN, é contraindicado (BRASIL, 2020g; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020). Dessa maneira, assim que essas mulheres entrarem em trabalho de parto, devem buscar o hospital para avaliação materno-fetal (ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS, 2020). Para as gestantes saudáveis, de risco habitual, sem suspeita ou confirmação da doença, ou que já tenham se recuperado, o PDP deve ser oferecido, sendo considerado uma ferramenta para reduzir a sobrecarga nos hospitais e o risco de infecção pelo coronavírus, assim como para limitar as intervenções obstétricas, segundo a *International Confederation of Midwives* (2020) e a *Association of Ontario Midwives* (BOURGEOIS *et al.*, 2020).

Diante do exposto, percebemos que os critérios estabelecidos pelas enfermeiras obstetras da nossa pesquisa estão em consonância com as recomendações nacionais e internacionais, quando afirmam que para as mulheres em trabalho de parto que estão diagnosticadas com a doença e/ou sintomáticas, o parto em domicílio está contraindicado, sendo que elas são encaminhadas para a assistência hospitalar.

Além da atenção a esses critérios, a pandemia impactou as práticas assistenciais das enfermeiras obstetras, por conta da necessidade de assumir procedimentos adicionais com o objetivo de reduzir a disseminação da COVID-19. Estes envolvem o uso de EPI, a tentativa de manter o distanciamento físico durante as consultas presenciais e a substituição ou alternância das avaliações pré-natal e puerperal pela teleconsulta (chamada de voz ou vídeo) (STULZ *et al.*, 2021). Essas e outras repercussões foram descritas adiante:

[...] A dificuldade mesmo foi o EPI da equipe, que dificulta um pouco a assistência e que algumas mulheres se sentiram como se existisse mesmo uma barreira [...], lembrando o ambiente do hospital. [...] A gente foi negociando a quantidade de pessoas. Antes era livre e a mulher escolhia, se ela quisesse botar 20 pessoas, era opção dela (EO – ROSA).

[...] Logo quando começou a pandemia, o desafio maior era como lidar com a nossa assistência, que é tão atrelada ao contato físico e ao estar próximo daquela mulher [...] e essa questão do distanciamento, que era uma segurança para a mulher e para a gente. [...] Começamos a fazer os pré-natais pelas plataformas do Zoom, do WhatsApp, a parte de conversa, de diálogo, a gente começava sempre virtual e ia para a casa da mulher somente fazer avaliação. A gente ia conhecer aquela casa, aquela família no tempo de 20 minutos, 30 minutos, coisa que a gente fica, às vezes, 02 horas na casa daquele casal fazendo pré-natal, conversando, interagindo com a família [...]. Eu sentia uma outra relação antes da pandemia e que hoje, mesmo com a vacinação, ainda existe uma barreira dessa socialização com a família (EO – MARIA).

[...] O pré-natal coletivo, a gente teve que abolir. No início da pandemia nós começamos uma prática de pré-natal online. A gente já voltou, no meio do ano passado (2021) os pré-natais presenciais. [...] A forma de nos paramentarmos para o parto é um impacto que a gente tem ainda até hoje. [...] Essa forma de paramentação exaure muito a gente, dificulta o diálogo, tanto entre a gente, as parteiras (enfermeiras obstetras), quanto com a mulher. [...] Na hora que a gente se paramenta completamente é a hora que o bebê vai nascer. Antes, o expulsivo era um momento

de muito silêncio. Agora, quando ela vê a gente botando a roupa, algumas já falam: “quando eu vi você botando a roupa, eu falei ufa, está acabando”, mas é um está acabando, que não necessariamente está acabando (risos). Outras já ficavam assim: “meu Deus, ela não botava a roupa nunca, nunca ela botava aquela roupa, eu não estou perto de parir”. Então isso impacta pra elas (EO – ORQUÍDEA).

[...] Impactou muito a dinâmica, inicialmente, do pré-natal, porque a gente fica muito próxima da mulher. Ele acontece no domicílio, com o cafezinho sendo oferecido. A gente passa por aquela situação onde tem uma quebra dessa vinculação, distanciamento por estar por trás da máscara. A sensação que eu tenho é que a gente conhece a mulher, mas a gente nem conhece a feição dela direito. No parto, que quando ela fica sem máscara, não tem jeito, é que a gente vai olhar pro olho daquela mulher e dizer, olha quem é tal pessoa. Isso é muito estranho! [...] A gente teve que inserir a rotina de paramentação dentro do domicílio, que não existia. Isso é um outro fator que me parece distanciador. Eu já entrei no contexto da pandemia, então eu não posso dizer o quão bom era antes. Mas agora eu já entrei sentindo isso, desse distanciamento, porque a gente precisa colocar a máscara, a touca, a capa. Tudo isso meio que dá uma visão, na minha percepção, do hospital (EO – SIMONE).

Os discursos de Rosa, Maria, Orquídea e Simone expressam que a pandemia acarretou mudanças na atuação profissional em decorrência das medidas de segurança exigidas. O distanciamento físico modificou a forma de relacionamento entre a equipe e a mulher, bem como a maneira de realização do pré-natal, o que conseqüentemente, afetou a construção do vínculo durante as consultas. O modelo de pré-natal coletivo foi suspenso. Já no pré-natal individual as consultas passaram a ser realizadas de forma online para o momento do diálogo, mantendo a modalidade presencial apenas para a avaliação obstétrica.

O uso de EPI (máscara, luva, avental, óculos de proteção ou *face shield*) impactou negativamente nas condições de trabalho, tanto em relação ao desgaste físico dos profissionais, por conta do calor, como no diálogo entre todos os envolvidos no parto, já que a utilização da máscara dificulta a comunicação verbal e não-verbal, assim como remete ao ambiente hospitalar. Além disso, trouxe repercussões na expectativa/ansiedade das parturientes, ao ver a equipe se preparar ou não para o momento do expulsivo, o que pode influenciar o andamento do trabalho de parto. O contexto da pandemia repercutiu também em relação à quantidade de participantes no cenário do parto e nascimento, que passou a ser mais restrita.

Essas medidas de segurança, distanciamento físico e uso de EPI, se configuram como barreiras para o relacionamento das enfermeiras obstetras com a mulher durante a assistência ao PDP, o que se torna um desafio e traz prejuízos para o estabelecimento do vínculo, para a comunicação entre a equipe, entre as profissionais e a mulher, assim como para a prática assistencial, já que, conforme os discursos anteriores, a assistência domiciliar envolve uma relação de muita proximidade, de contato físico e de comunicação não verbal (STULZ *et al.*, 2021; WEBLER *et al.*, 2022).

Mesmo com a adoção dessas medidas de proteção, as enfermeiras obstetras relataram medo constante de se contaminar, ou de contaminação entre as componentes da equipe, o que comprometeria a assistência às mulheres atendidas por elas, conforme o relato de Simone:

[...] Inicialmente veio um medo muito forte a respeito do vírus, que era desconhecido pra gente, o medo da gente se contaminar e ter que parar a assistência, [...] medo de contaminar uma e contaminar outra e a gente ficar com o número reduzido de pessoas. [...] Hoje a gente tem duas que estão positivadas com COVID-19, isoladas. Isso mexe na nossa dinâmica. Quem está disponível, vai ficar mais disponível ainda. A gente tem rotina, tem uma escala, que nós construímos de disponibilidade, para cobrir aquele dia. É uma situação que realmente é difícil de lidar e que é um contexto que nos deixa muito apreensiva (EO – SIMONE).

Segundo Webler *et al.* (2022), mesmo com o uso do EPI e das medidas de prevenção, as profissionais se sentem inseguras, já que é possível o contato com mulheres/casais ou familiares que estejam assintomáticos, principalmente durante o trabalho de parto e parto, o que é agravado pela assistência em si, que exige contato contínuo com a mulher, bem como pela longa duração do atendimento, já que precisam permanecer no domicílio por muito tempo. Além disso, também, retiram os EPI para atender às suas necessidades fisiológicas.

O sentimento de apreensão quanto à possibilidade de contaminação das componentes da equipe e o risco de comprometer a assistência foi manifestado, também, pela equipe que fez parte do estudo de Webler *et al.* (2022). As autoras apontam que esse sentimento está relacionado à possibilidade de transmissão aos familiares das profissionais e/ou às outras mulheres que estão sob os cuidados da equipe.

Quanto às adaptações da assistência ao pré-natal, uma equipe de PDP de Natal-RN, também suspendeu as atividades presenciais do pré-natal coletivo, que passou a ser realizado de forma online (IRINEU, 2021), assim como os grupos de gestantes e puérperas, organizados por outras equipes (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2020; SOUTO; ALBUQUERQUE; PRATA, 2020).

Quanto às consultas de pré-natal individuais, as equipes adotaram a alternância entre as modalidades presencial e não-presencial, de maneira que, conforme orientação do MS, a teleconsulta também deve ser considerada para as mulheres que estão sintomáticas e/ou que tiveram contato com algum caso positivo para a COVID-19 (STULZ *et al.*, 2021; WEBLER *et al.*, 2022). Similarmente, a realização de consultas de pré-natal e pós-parto por teleconsulta foi uma realidade em outros países, como Estados Unidos, Canadá e Austrália (DAVIS-FLOYD; GUTSCHOW; SCHWARTZ, 2020; STULZ *et al.*, 2021).

Na Austrália, no primeiro ano da pandemia, profissionais que atendem o PDP, de forma privada ou vinculada ao programa de parto domiciliar de financiamento público, reduziram o

tempo destinado para as avaliações presenciais do pré-natal, para 15 a 30 minutos no máximo, sendo que eram realizadas após o contato por telefone/online para anamnese ou para sanar dúvidas, assim como foi descrito pelas enfermeiras obstetras da nossa pesquisa (HOMER *et al.*, 2021).

Apesar da teleconsulta contribuir para a manutenção da assistência, algumas profissionais apontaram que a ausência do contato presencial dificulta a construção do vínculo com as mulheres e o fornecimento de informações, principalmente para aquelas que exigem algum cuidado específico, o que se configura como uma barreira para o cuidado centrado na mulher (STULZ *et al.*, 2021).

Mesmo com essas alterações no modelo da assistência e as dificuldades resultantes, é primordial que o cuidado pré-natal não deixe de ser fornecido às mulheres, já que ele contribui para o desenvolvimento gestacional saudável, a identificação de possíveis situações de risco ou intercorrências precocemente, além de permitir o relacionamento entre as profissionais e mulher/casal ou família, bem como a orientação e promoção de informações de qualidade, de acordo com as necessidades da família (BRASIL, 2012).

As enfermeiras do nosso estudo também apontaram como modificação no contexto da assistência ao PDP, a necessidade de redução da quantidade de pessoas não residentes no domicílio, durante as consultas de pré-natal, no trabalho de parto e parto, como fotógrafos, familiares e amigos. Essa restrição tem o objetivo de proteger a mulher, o recém-nascido e as profissionais (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2020; VOLPATO *et al.*, 2020; WEBLER *et al.*, 2022) e também foi recomendada em outros países como o Canadá (BOURGEOIS *et al.*, 2020), Estados Unidos (DAVIS-FLOYD; GUTSCHOW; SCHWARTZ, 2020) e Austrália (HOMER *et al.*, 2021; STULZ *et al.*, 2021).

Ainda que seja importante restringir a quantidade de pessoas, é fundamental que seja mantida a presença de acompanhante escolhido pelas mulheres, bem como da doula, visto os benefícios agregados por eles no transcurso parturitivo a exemplo da maior satisfação nessa experiência. Tanto os acompanhantes como as doulas passaram ou estão passando por restrições de acesso às maternidades, o que representa retrocesso no direito das mulheres, que no contexto domiciliar continua assegurado (WEBLER *et al.*, 2022).

Quanto às condutas assistenciais no trabalho de parto, parto e pós-parto das enfermeiras obstetras do nosso estudo, elas continuam embasadas nas evidências científicas, nas boas práticas e alinhadas com a humanização, semelhante ao período anterior à pandemia, como o uso do banho de imersão como método para alívio da dor durante o trabalho de parto,

clampeamento do cordão umbilical em tempo oportuno e respeito à hora dourada do recém-nascido, com a promoção do contato pele a pele e amamentação. A principal mudança se deu em relação à ocorrência do parto na água. Em relação a isso, cada equipe optou por uma conduta, como percebemos nos relatos de Maria e Rosa:

[...] A questão de contato pele a pele, amamentação, a gente não modificou nada, essa primeira hora do bebê, a gente manteve o tempo inteiro. [...] A gente precisou restringir o parto na água. A mulher podia passar o trabalho de parto na água, mas no momento em que ela iniciava o período expulsivo ou que ela começasse a fazer puxo ou que chegasse a fazer cocô naquela água, a gente precisava tirar. Hoje em dia a gente já flexibilizou (EO – MARIA).

[...] Continuou o parto na água, mas em compensação a equipe se paramenta toda, [...] manteve o contato pele a pele, amamentação na primeira hora [...], corte de cordão, delivramento, tudo manteve (EO – ROSA).

Dada a rápida evolução da situação, principalmente no primeiro ano da pandemia, as informações mudavam constantemente, o que se configurou como um desafio para garantir que as práticas e os cuidados às mulheres e recém-nascidos fossem seguros e atualizadas, como também a inexistência de orientações específicas e adaptadas para o contexto da assistência domiciliar, que poderiam contribuir para o melhor preparo das equipes (HOMER *et al.*, 2021).

Mesmo com essas dificuldades quanto às informações e orientações, as boas práticas do parto e nascimento não devem ser abandonadas durante a pandemia, assim como o respeito à autonomia e escolha informada das mulheres. Porém, devem ser equilibradas com a necessidade de garantir a segurança materna, neonatal, bem como do profissional que presta a assistência.

Segundo o MS e RCOG, as evidências científicas disponíveis, até o momento, indicam que a transmissão vertical é possível, mas é rara, não sendo afetada pela via de nascimento, pelo clampeamento oportuno do cordão umbilical, contato pele a pele, amamentação ou alojamento conjunto, contanto que as medidas de precaução sejam mantidas (BRASIL, 2021b; ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS, 2021).

Importa destacar que, mesmo que as mulheres sejam suspeitas ou confirmadas de estarem contaminadas com a COVID-19, o que não é o perfil de mulheres que têm o parto no contexto domiciliar, a OMS e o MS orientam que o recém-nascido pode ser colocado em contato pele a pele e amamentado pela mãe, já que os inúmeros benefícios dessa prática superam consideravelmente os riscos potenciais de transmissão e doença associados à COVID-19. Nesses casos, a utilização da máscara e as medidas de higiene são indispensáveis, assim como é preciso respeitar o desejo da mulher e as suas condições clínicas (BRASIL, 2021b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022b).

Quanto à utilização do banho de imersão, durante o trabalho de parto e parto, mesmo sendo considerado um recurso não farmacológico importante para alívio da dor, algumas equipes de PDP suspenderam essa prática (WEBLER *et al.*, 2022), pois o parto na água deixou de ser recomendado pelo MS (BRASIL, 2020g) em virtude da impossibilidade de proteção adequada da equipe e do recém-nascido, que estariam mais expostos às fezes da parturiente que poderiam ser liberadas durante o transcurso (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020).

Tal recomendação baseou-se, ainda que sem consenso científico, nas limitadas evidências disponíveis que indicam detecção do RNA do vírus em amostras de sangue, urina e/ou fezes das pessoas contaminadas (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020). Porém, o *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (2021) aponta que nenhuma evidência, até o momento, apoia que isso resulta em contaminação fecal-oral. Portanto, entende-se que teoricamente, há um pequeno risco de que a água contaminada com fezes ou outras secreções maternas possam representar risco de infecção para o recém-nascido ou para a equipe.

Por não haver evidências suficientes a favor ou contra o uso da água no trabalho de parto e parto para mulheres assintomáticas ou para a equipe que presta os cuidados, o RCOG afirma que o parto na água não é contraindicado para mulheres assintomáticas ou com teste negativo para COVID-19. Além disso, as mulheres assintomáticas que testaram positivo devem ser esclarecidas que não há evidências conclusivas sobre o risco de transmissão do vírus na água (ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS, 2021).

Já para as mulheres sintomáticas, com febre, tosse, dificuldade respiratória ou mal estar, o trabalho de parto e parto na água não é recomendado, pela necessidade de monitoramento dos sinais vitais e chance de precisar de intervenções rápidas, que são mais fáceis de se realizar fora da água. Vale ressaltar que, para todas as situações, o EPI adequado deve ser usado pelas profissionais da assistência (ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS, 2021).

A recomendação da *Association of Ontario Midwives* é que o parto na água é contraindicado somente para as mulheres que são suspeitas ou confirmadas para COVID-19, com a mesma justificativa de que aumenta a exposição da profissional e do recém-nascido a uma via adicional de transmissão, a fecal-oral, por meio da água contaminada da banheira/piscina de parto. A não generalização dessa recomendação pode estar relacionada a realização de testagem de todas as mulheres que entram em trabalho de parto (BOURGEOIS *et al.*, 2020).

De acordo com as orientações do *Royal College of Midwives* (2021) as evidências não sugerem que deva haver a cessação geral do uso da água para o trabalho de parto ou parto para

todas a mulheres. No entanto, as profissionais devem decidir sobre a flexibilização dessa decisão, pois habitualmente já fazem julgamentos sobre sua segurança e das mulheres que cuidam. O RCM concorda com as outras organizações quando recomenda que as profissionais precisam ter acesso ao EPI adequado para qualquer situação.

Devido a essas evidências inconclusivas, que a recomendação sobre o parto na água foi conflitante na Austrália e em outros países, de forma que algumas profissionais e instituições proibiram essa prática para todas as mulheres, enquanto outras mantiveram, principalmente para mulheres saudáveis, sem suspeita ou confirmação de contaminação (HOMER *et al.*, 2021).

Essas recomendações para o trabalho de parto e parto na água do MS, RCOG, AOM e RCM não são específicas para o contexto domiciliar, mas podem ser adaptadas e flexibilizadas, a depender do julgamento de cada profissional, principalmente porque as equipes não assistem ao parto em domicílio de mulheres com suspeita ou já diagnosticadas com COVID-19, sintomáticas ou assintomáticas.

De modo geral, a pandemia implicou decisões que nem sempre foram baseadas em evidências e coerentes com as melhores práticas. Por isso, muitas profissionais da assistência obstétrica, hospitalar e domiciliar não aceitaram as novas regras que estavam sendo impostas e continuaram a prestar a assistência alinhada com as evidências já existentes, com o intuito de fornecer cuidados seguros e centrados nas mulheres, principalmente nesse período de incertezas decorrentes do contexto pandêmico (STULZ *et al.*, 2021).

Em tempos desafiadores e de constantes mudanças, como a pandemia, as enfermeiras obstetras são peças fundamentais para que a assistência às mulheres, recém-nascidos e suas famílias seja mantida de acordo com as evidências científicas disponíveis, de forma segura e a partir de suas necessidades, assim como para que o controle e as respostas à COVID-19 não reproduzam ou perpetuem práticas infundadas e discriminatórias, que potencializam ainda mais as vulnerabilidades das mulheres e dos recém-nascidos (SOUTO; ALBUQUERQUE; PRATA, 2020).

Uma vez que nesta crise sanitária, os direitos das mulheres, conquistados ao longo dos anos com muita luta e que impulsionaram políticas públicas, estão ameaçados, mais do que a divulgação de protocolos de fluxo para o atendimento, são necessárias ações que acompanhem os indicadores de monitoramento das boas práticas que sustentam a experiência positiva durante todo o transcurso parturitivo. É também necessária a regulação e organização da rede de atenção em saúde materna e infantil, de forma a garantir acesso, qualidade, segurança e continuidade do cuidado para mulheres e recém-nascidos acometidos ou não pela COVID-19 (STOFEL *et al.*, 2021).

Os autores Gutschow e David-Floyd (2021), trazem a reflexão de que a pandemia representa um obstáculo, mas também uma oportunidade de mudança, pois expôs as fragilidades do sistema obstétrico estadunidense, o que pode contribuir para construção de um novo modelo de assistência mais sustentável, descentralizado, econômico e seguro, no qual as mulheres possam escolher entre as várias possibilidades de local de parto e de profissionais. Sugerem, também, que os gestores e formuladores de políticas apliquem as lições aprendidas durante a crise e trabalhem em prol de um sistema que integre as parteiras (*midwives* e enfermeiras obstetras) com médicos obstetras e os profissionais da assistência ao PDP com os hospitais.

Apontam ainda, que o momento da pandemia é propício para sensibilizar a sociedade a respeito da importância das enfermeiras obstetras e *midwives*, bem como para que os profissionais médicos compreendam a relevância e a redução de custos com a atuação dessas profissionais e com os partos domiciliares planejados. E que futuramente, em possíveis momentos de crise, essa assistência seja reconhecida, esteja mais preparada e possa contribuir com o sistema obstétrico, especialmente quando as instituições estiverem sobrecarregadas (GUTSCHOW; DAVIS-FLOYD, 2021).

Em razão das semelhanças entre o modelo obstétrico dos Estados Unidos e o do Brasil, acreditamos que essa reflexão e sugestões possam se estender à realidade do nosso sistema obstétrico.

Os nossos resultados apresentam que, antes mesmo do contexto pandêmico, a realidade da assistência ao PDP já era desafiadora, principalmente para as enfermeiras obstetras. Com a pandemia, os desafios aumentaram. No entanto, essas profissionais continuam dedicadas em oferecer assistência baseada nos princípios da humanização, em evidências científicas e segura para mulheres e recém-nascidos.

Esperamos que o aumento do interesse pelo PDP, devido à pandemia, possa estimular mudanças no sistema obstétrico brasileiro, que tem sua assistência centrada no médico e no hospital, assim como possa ser considerado como opção a ser instituída nos serviços públicos de saúde, a partir da sua incorporação nas políticas públicas de atenção à saúde materno-infantil, em vista dos benefícios agregados a essa prática.

5.6 A vivência de mulheres que optam pelo Parto Domiciliar Planejado

O cenário da assistência obstétrica em nosso país indica a manutenção de práticas e condutas tecnicistas, que valorizam fortemente o aspecto biológico, centradas no profissional médico e em ambiente hospitalar. A OMS aponta que pesquisas sobre a vivência das mulheres durante o transcurso parturitivo, principalmente durante o parto nas instituições de saúde, revelam situações desagradáveis, em que as mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência, que incluem violência física e verbal, procedimentos coercivos ou não consentidos, violação de privacidade, entre outros (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Esse contexto, que envolve violência obstétrica, iatrogenias, o descaso com a individualidade do transcurso parturitivo, assim como os desfechos desfavoráveis demonstrados pelos altos índices de morbimortalidade materna e neonatal, evidencia a necessidade de mudanças desse modelo de assistência, bem como os motivos pelos quais as mulheres estão insatisfeitas com ele.

Apesar desse modelo dominar a assistência obstétrica, existe um movimento contra hegemônico que considera o parto um evento fisiológico e familiar, que estabelece um cuidado que transcende os aspectos biológicos considerando as vertentes social, emocional, familiar e cultural, além de favorecer o protagonismo e o direito de escolha das mulheres com segurança e conforto. Trata-se do modelo humanizado, que fundamenta a assistência domiciliar ao transcurso parturitivo, denominada de parto domiciliar planejado (VALINHO *et al.*, 2021).

O PDP tem sido escolhido pelas mulheres como uma alternativa frente ao modelo de assistência dominante, mas também por ser uma assistência em que elas confiam, acreditam e se sentem seguras, que favorece a sua autonomia e protagonismo, assim como permite a participação do parceiro e dos outros filhos sem restrições, conforme os trechos abaixo:

[...] Se a gente for parar para pensar no sistema medicalocêntrico, hospitalocêntrico, que a gente tem, eu não sou a favor disso [...]. Colocar tudo na conta do hospital e achar que o hospital que vai te dar toda a segurança que você precisa, não é bem assim. Muito pelo contrário, porque a gente tem uma grande quantidade de informação sobre violência obstétrica, que é naturalizada. As manobras de Kristeller, tem episiotomia, tem um tanto de coisa, que no hospital você já não está mais sendo a dona do seu espaço, como em casa. [...] Tendo essa opção de receber meu filho em casa, de estar acreditando de fato que o parir é da mulher, de que essa equipe que me acompanha com enfermeiras obstetras tem toda a capacidade. [...] Não foi só a questão de eu não gostar do hospital, mas de eu gostar da ideia e do movimento, também, de que centraliza o poder de escolha para a mulher. Eu acredito nisso! (RUTE).

[...] Eu queria muito viver essa experiência, sentir essa sensação avassaladora que eu tenho de falar assim: eu pari em casa, esperei meu corpo dar os sinais, ninguém interferiu, foi um momento meu! [...] E também para que minha filha mais velha

pudesse participar deste momento, para que meu esposo pudesse estar entregue, livre, o que não acontece em um parto hospitalar, porque é dada tantas orientações e ainda que você esteja ali acompanhada, ele não é livre. [...] A gente teve a nossa primeira filha em um hospital e sabe que eles proíbem coisas que não vão afetar em nada, mas é invasivo! [...] Essa minha escolha foi justamente por isso, para que eu pudesse viver o meu momento, ser a protagonista do momento que é meu e de mais ninguém! [...] Um dos motivos da minha escolha, de parir em casa por conta da pandemia, não me sentia segura de forma nenhuma no hospital, porque minha tia contraiu COVID no hospital (BEATRIZ).

[...] Eu já tinha tido uma experiência de parto normal, mas tinha sido hospitalar. [...] Os protocolos hospitalares, achei muito rígido, eu não gostei, não me senti confortável, não me senti muito contemplada com essa assistência. [...] Eu não senti que eu podia, por exemplo, durante o trabalho de parto, me movimentar muito. Eu fiquei muito limitada, não tive acesso ao chuveiro, à alimentação. Não foi algo violento e grosseiro, mas era aquela coisa de: “Oh, mãezinha, está fora do protocolo, não pode comer”. [...] Eu saí dessa primeira experiência falando: poxa, se eu tiver outro, eu quero tentar domiciliar. E foi o que aconteceu. Só que eu também pensei no meu (filho) mais velho, [...] eu queria que ele também participasse do nascimento da irmã, ativamente, que ele estivesse presente quando ela nascesse. Isso só seria possível, realmente, no domiciliar. As motivações foram essas: a insatisfação com o hospitalar, a presença do meu filho, a presença da doula, porque tem hospital que ainda está negando a entrada da doula. E também a questão da pandemia, eu me senti mais segura estando em casa com as pessoas do meu convívio (ALICE).

[...] Para fugir de violência obstétrica. A principal (motivação) pra mim foi isso. [...] Porque uma amiga minha estava grávida também, ela pariu normal em hospital e sofreu uma violência ab-sur-da, absurda! [...] Infelizmente, pelo plano de saúde, a médica só aceitaria fazer meu parto se eu pagasse por fora, pra ter ela exclusiva. Se eu fosse com o de plantão, eu poderia pegar qualquer pessoa, [...] seria uma loteria, eu poderia pegar um médico maravilhoso, como também não poderia e sofrer todo e qualquer tipo de violência, ser induzida ao parto até cesárea. Isso eu conversava com ele (marido) todo o tempo. [...] Correria o risco de não ter meu marido presente naquele momento tão especial, por que não estava liberando, não ter minha doula que foi de um apoio extraordinário, um suporte surreal. [...] A gente tem plano de saúde, paga pelo plano de saúde e ainda tem que desembolsar algo pra ser respeitada. Isso é um absurdo! É uma loucura essa cultura cesarista que a gente tem no Brasil [...]. E quando se tem um parto normal no hospital, você vê, ouve histórias absurdas de violências. [...] Eu não queria correr esse risco de jeito maneira (SARA).

[...] O que me motivou foi a segurança e o respeito pelo meu parto. A segurança por estar no lugar, no ambiente que eu acho que é seguro para ele (bebê). Até porque no hospital você tem outras coisas que terminam interferindo nessa relação e não queria isso. Quando eu fechava o olho, eu me sentia segura na minha casa. Então foi aqui que eu decidi. [...] O respeito no sentido da violência obstétrica. O parto foi a gente o tempo inteiro. Ninguém encostou, ninguém fez nada, ninguém invadiu aquele espaço, era eu e ele (marido) e o que eu queria. Eu me senti muito respeitada, muito protagonista do meu momento. Esse também foi um dos fatores. O respeito e a segurança, acho que eles andaram muito alinhados na minha escolha (SHIRLEI).

Os relatos de Rute, Beatriz, Alice, Sara e Shirlei descrevem a motivação das mulheres para optarem pelo PDP. Dentre os motivos está a insatisfação quanto à assistência oferecida no âmbito hospitalar, devido a experiências anteriores ou a informações recebidas, pelos protocolos rigorosos, pela falta de autonomia e protagonismo, assim como pela possibilidade de sofrer violência obstétrica e intervenções desnecessárias, inclusive a cesárea sem indicação

adequada. No contexto da pandemia, essa escolha também sofre influência do medo da contaminação pelo coronavírus no ambiente hospitalar e da restrição de acompanhante e doula.

Os motivos apontados pelas mulheres do nosso estudo foram semelhantes aos encontrados em outros estudos, em que a opção pelo PDP está relacionada à fuga do modelo medicalizado e institucionalizado, que tem assistência baseada em normas e rotinas inflexíveis, com intervenções desnecessárias, que desconsideram o diálogo e as decisões da mulher, as quais estão em um momento de vulnerabilidade e sofrem com a imposição de condutas e procedimentos de forma arbitrária, assim como com as situações de violência obstétrica (CASTRO, 2015; KOETTKER *et al.*, 2018; LESSA *et al.*, 2018; ALMEIDA; ARAÚJO, 2020; CURSINO; BENINCASA, 2020; PASCOTO *et al.*, 2020; SOUZA, N. *et al.*, 2020).

Outros fatores motivadores para a escolha do PDP são o sentimento de segurança e acolhimento proporcionado por um ambiente já conhecido pela mulher, pelo envolvimento e apoio familiar, com a possibilidade de incluir os filhos e outros acompanhantes que podem ofertar afeto e conforto durante o transcurso parturitivo (LESSA *et al.*, 2018; ALMEIDA; ARAÚJO, 2020; SOUZA, N. *et al.*, 2020).

Com a pandemia, as mulheres podem se sentir ainda mais vulneráveis, sendo que o medo da contaminação no ambiente hospitalar, bem como as restrições quanto à presença do acompanhante e da doula também são fatores para essa escolha (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2020; TAKEMOTO *et al.*, 2020; SOUZA, K. *et al.*, 2020).

O desejo de viver o transcurso do parto sem intervenções externas e de estar no controle durante essa vivência, faz com que o hospital seja um local inapropriado para alcançar esses objetivos, já que é caracterizado como um ambiente desconhecido, com normas e protocolos inflexíveis, com menores chances de respeito aos desejos da mulher, o que não contribui para o exercício da sua autonomia e protagonismo (LESSA *et al.*, 2018).

A rejeição às intervenções e cesariana desnecessárias indica conhecimento e raciocínio crítico por parte das mulheres, em relação à realidade da assistência obstétrica do Brasil, na qual a parturiente pode sofrer interferências desnecessárias durante o transcurso do parto, assim como o possível parto vaginal pode resultar em uma cesariana sem real indicação (MALHEIROS *et al.*, 2012).

Essa visão crítica, presente nos discursos citados anteriormente, resulta de experiências anteriores das mulheres ou de relatos de outras mulheres, assim como em decorrência da busca por informações de qualidade, de forma independente ou com o apoio de profissionais que atuam na assistência obstétrica, conforme os trechos:

[...] No coletivo que eu fazia parte, é um pré-natal muito instrutivo. Tinha muita roda, muito estudo e eu também sempre gostei muito de ler, de me atualizar com relação a esse cenário obstétrico. E fui tendo algumas informações a respeito desse ambiente hospitalar e já estava meio cabreira com umas condutas hospitalares que eu vi que a gente não tinha tanta autonomia, que era a instituição que meio que mandava, uma coisa até meio autoritária, arbitrária. Algumas coisas você pode pedir pra não fazer, mas outras você não pode. Quando eu me vi na necessidade de pagar um dinheiro alto, pra uma coisa que eu não estava concordando muito, eu falei: Opa! Tem alguma coisa muito errada aqui. [...] Eu acho que acontece algumas pegadinhas nesse cenário obstétrico, que as mulheres acham que estão escolhendo, mas elas não estão, porque a gente só pode escolher aquilo que a gente tem informação. Se você não tiver informações, você não está escolhendo, está sendo induzida (CAMILA).

[...] A equipe que me indicou, falou sobre essa importância, me sugeriu estudos, estava o tempo inteiro dando todas as informações necessárias. [...] Eu tinha visto aqueles documentários do renascimento do parto e dá uma boa ideia do que é o parto domiciliar (RUTE).

[...] (Uma amiga) falou assim: “veja o documentário o renascimento do parto”, eu fui ver e comecei a entender que eu estava dentro desse círculo vicioso que é a cesárea e eu comecei a ficar com muita raiva dele (médico). [...] Comecei a estudar sobre parto em casa [...] e ver que o parto é seguro, muito mais seguro do que um parto no hospital (SHIRLEI).

[...] Sempre foi muito esclarecedor, tanto dos procedimentos, quanto do acompanhamento, dos meus medos. Tudo que aparecia assim de insegurança, elas (enfermeiras obstetras) davam total liberdade pra gente colocar na mesa, construir uma outra ideia juntas, ou então colocar as informações necessárias pra que eu pudesse tomar as decisões mais acertadas (MARIA).

As falas de Camila, Rute, Shirlei e Maria indicam que a busca por informações de qualidade é importante, sustenta a escolha pelo PDP e promove segurança na tomada de decisões quanto ao local do parto e de outras que surgem durante o transcurso parturitivo. Apontam, também, que as profissionais envolvidas nessa assistência contribuem no acesso às informações, o que permite à mulher ser sujeito ativo do cuidado, diferente do que ocorre em outro contexto, no qual as mulheres percebem os profissionais de saúde como detentores do conhecimento e aceitam passivamente as suas orientações e decisões.

As informações oferecidas por estudos e evidências científicas estão cada vez mais acessíveis, o que facilita o questionamento do modelo obstétrico dominante no Brasil. Esse embasamento é essencial para que as mulheres tenham conhecimento sobre as possibilidades de assistência ao parto e nascimento, inclusive sobre o PDP, seus benefícios e riscos, assim como possibilita a argumentação e sustentação da decisão pelo local do parto. Também, a informação permite que as mulheres tenham posturas mais ativas e sejam capazes de decidir livremente a respeito das suas necessidades com segurança, de forma consciente (SANFELICE; SHIMO, 2015a; LESSA *et al.*, 2018).

Por meio do conhecimento, as mulheres podem reivindicar e conquistar um modelo de assistência mais seguro e respeitoso, assim como ter seus direitos assegurados e autonomia para

escolher ou recusar qualquer tipo de cuidado. Já a falta de informações de qualidade gera vulnerabilidade, facilita que sejam induzidas a desistir de suas escolhas e/ou sejam convencidas a mudar de opinião devido a justificativas infundadas e irreais, que as deixam inseguras e passivas durante o transcurso parturitivo. Isso sustenta mecanismos de controle por parte de profissionais e instituições de saúde (SANFELICE; SHIMO, 2015a; REIS *et al.*, 2017).

A OMS recomenda que a escolha informada faça parte do cuidado oferecido às mulheres no transcurso parturitivo, porém é comum que procedimentos e práticas assistenciais sejam impostos ou realizados sem que as mulheres sejam informadas, e quando são, não têm a oportunidade de participar da decisão, o que restringe e impossibilita que elas exerçam sua autonomia. Tal situação pode ser considerada um descaso quanto ao direito de informação e constitui uma violação dos direitos das mulheres em relação a sua integridade física e de estar livre de danos e maus tratos (REIS *et al.*, 2017).

A escolha informada é um dos princípios da assistência centrada na pessoa e uma das estratégias para mudança do modelo de cuidado. Ela diz respeito ao compartilhamento de informações e conhecimentos entre mulher e profissional, para que ela possa decidir sobre sua assistência. Essa escolha deve considerar todos aspectos que a envolvem, como benefícios, riscos, efeitos esperados, opções alternativas e as consequências da não realização do cuidado ou procedimento que está em discussão (VOLPATO, 2020).

De forma semelhante às práticas não informadas ou não consentidas, estão as práticas padronizadas ou rotineiras. Ou seja, os protocolos e normas institucionais que também limitam a autonomia das mulheres e desconsideram as suas individualidades, com o uso de condutas generalizadas e sem base em evidências, como se todas tivessem as mesmas necessidades (REIS *et al.*, 2017).

Nesse sentido, o maior inquérito sobre parto e nascimento já realizado no Brasil constatou que a maioria das mulheres brasileiras, quase 70%, desejava o parto vaginal. Porém, ao longo da gestação mudaram de decisão, o que não pode ser explicada pela ocorrência de problemas ou complicações, mas por falta de apoio dos profissionais e/ou indicação da cesariana de forma inadequada, haja vista que um milhão de mulheres, todos os anos em nosso país, são submetidas a essa cirurgia de forma desnecessária (LEAL *et al.*, 2014a).

Esse estudo aponta, também, que entre as mulheres que tiveram parto vaginal, houve altas taxas de intervenção (apenas 5% das mulheres não tiveram intervenções), além de desrespeito às boas práticas do parto e nascimento (restrição à alimentação, movimentação, posicionamento, presença de acompanhante etc). Em relação aos recém-nascidos saudáveis e a termo, práticas inadequadas também foram muito empregadas, como aspiração das vias aéreas

superiores, aspiração gástrica, uso de oxigênio inalatório e separação precoce da mãe, o que prejudica o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida (LEAL *et al.*, 2014a).

Em contraposição, a assistência ao PDP oportuniza a realização de um atendimento individualizado, pautado no vínculo, no apoio, na confiança no profissional escolhido e nas boas práticas da assistência, o que fica manifesto com os relatos:

[...] Comi umas uvinhas, mas não queria saber de comida. Depois, bati um prato de ovo com banana da terra (risos), pra recuperar as energias. Mas durante (o trabalho de parto) eu não tinha cabeça pra comer. O pessoal sempre falava: “você quer comer alguma coisa?” Eu até pedi, mas não consegui comer, eu ficava enjoada. [...] Eu fiquei pela casa, o tempo todo elas (enfermeiras obstetras) até perguntaram: “você quer banheira, pra aliviar um pouco?” Eu falei: quero. Porque realmente a água quente, quando ficava no chuveiro, era uma das coisas que realmente aliviava. [...] Eu não consegui sentar de frente, só consegui ficar mais de costas porque era a posição que menos me incomodava. Todo mundo foi se ajeitando pra eu conseguir ficar ali. Elas que se moldavam pro jeito que eu queria ficar e minha doula ficou ali em pé e eu agarrei na canela dela. Tive super liberdade de encontrar a posição que eu quisesse. Se eu achasse que era deitada de cabeça pra baixo, elas tinham deixado. [...] Quando ele nasceu, ele foi imediatamente para os meus braços. Quem pegou foi meu esposo e logo me entregou, imediatamente. Ficou comigo o tempo todo e mamou. Foi lindo, incrível! (MÁRIA).

[...] Eu me senti confortável e agradável dentro da banheira [...] numa posição que eu fiquei de joelhos, de frente pra o meu marido. Eu tentei empurrar, consciente. Elas não mandaram em momento algum. [...] Na hora que a cabeça saiu, eu virei, senti de pernas abertas e a médica pegou para me entregar logo. O meu marido ficou comigo, me apoiando e ela me deu ele e eu queria receber ele de frente, já deitadinha, [...] meu cachorro estava do lado. [...] A gente ficou ali naquele momento, [...] ele mamou e pegou certinho (SHIRLEI).

[...] Totalmente respeitada. Eu corri a casa inteira. [...] Saía da minha cama e ia para o vaso. Teve um momento que a piscina ficou boa e as contrações já estavam de puxo. [...] Fiquei acho que uns 10 minutos na piscina. Eu comecei a sentir muito calor e aí fiquei no chão com meu marido e depois fiquei de cócoras [...] meu marido atrás de mim, eu de cócoras, a doula com um pano me ajudando, pra eu segurar e a enfermeira obstetra embaixo olhando, porque ele já estava corando. [...] Como eu senti o cabelinho, comecei a fazer força sem contração, aí a enfermeira obstetra fez: “ele tá entrando e saindo, espera um pouquinho, espera a contração. Você quer uma sugestão pra ficar mais fácil pra você? Fica de quatro”. Mas foi tudo muito respeitoso, tranquilo, não foi nada imposto pra mim. Eu fiquei de quatro e foi a melhor posição da minha vida. [...] Inclusive o oxigênio foi aplicado (com o bebê) no meu peito. Só foi realmente a reanimação ali rapidinho, [...] foi o tempo de eu virar, porque como eu estava de costas, eu virei e deitei no sofá e ele ficou no meu peito, no meu colo. [...] Aí já foi a *golden hour* e ficou até dizer chega (SARA).

[...] Tive muita liberdade! Fiquei na piscina até o momento que eu quis. Me alimentei, tomei meu suco, quando ela (enfermeira obstetra) sentiu que eu estava um pouquinho fraca, me deram mel, que foi o que me deu uma reativada. [...] Quando eu senti vontade de sair da piscina, eu falei pra elas (enfermeiras obstetras) que queria sair e elas me apoiaram. Perguntaram como eu queria ficar e eu fiquei de quatro apoios numa bola de pilates e ali veio a contração, a primeira para o expulsivo. Elas o tempo todo do meu lado, uma na minha frente e a outra esperando a bebê junto com meu esposo e minha filha [...] que ampararam a bebê. E veio pra mim logo, eu ofereci peitinho, abracei, cheirei, tive meu momento com ela e com eles (esposo e filha mais velha) (BEATRIZ).

As falas de Maria, Shirlei, Sara e Beatriz remetem a uma assistência centrada na mulher, de forma individualizada, em que suas necessidades são respeitadas e acolhidas, assim como sua autonomia e protagonismo.

Na assistência obstétrica, a ambiência, a liberdade de movimentação, de escolha da posição para o parto e de alimentação, a presença de acompanhantes e familiares, assim como o respeito à hora dourada com o estímulo do contato pele a pele e da amamentação, são considerados fatores importantes no transcurso do parto e nascimento, que contribuem para a sua evolução de forma fisiológica e para uma experiência positiva. Portanto, o modelo de assistência do PDP valoriza todos esses aspectos, o que também reflete na satisfação das mulheres que vivenciam essa modalidade de atendimento (SILVA *et al.*, 2019).

As práticas assistenciais desenvolvidas no ambiente domiciliar, principalmente pelas enfermeiras obstetras, já foram discutidas na categoria “As práticas das enfermeiras obstetras na assistência ao parto domiciliar planejado”. Reiteramos que são condutas que estão em conformidade com as evidências científicas, favorecem o protagonismo e autonomia da mulher, assim como apresentam taxas de intervenções mínimas, além de adotar e incentivar as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, conforme trazem diversos estudos (COLACIOPPO *et al.*, 2010; KOETTKER *et al.*, 2012; KOETTKER; BRUGGEMANN; KNOBEL, 2017; KOETTKER *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2018).

Dessa maneira, a assistência ao PDP é diferente daquela encontrada nas instituições de saúde, de forma que pode ser considerada como um novo modelo de cuidado ao parto e nascimento, já que o modelo de cuidado se refere a como o serviço se organiza, como as práticas são realizadas e quais os valores e direitos as sustentam. Embora aspectos do PDP estejam presentes também na assistência hospitalar, ele se diferencia, pois a organização da assistência é centrada na mulher, numa relação de corresponsabilização entre profissionais e mulheres, o que permite que elas tenham poder de decisão nas condutas e assumam o protagonismo durante o transcurso parturitivo (KOETTKER, 2016; VOLPATO, 2020).

Nesse sentido, o PDP, além de estar associado a menores taxas de intervenções obstétricas e a maiores taxas de parto vaginal espontâneo, está também relacionado a altas taxas de satisfação, devido ao fato de que essa assistência é centrada nas necessidades das mulheres. Além disso, o ambiente domiciliar é mais confortável, favorecendo a autonomia e protagonismo das mulheres. A satisfação também se deve ao apoio e acolhimento oferecido pelos profissionais (VOLPATO *et al.*, 2021).

Quando o cuidado ofertado envolve uma abordagem medicalizada e com intervenções de rotina, as mulheres não se sentem satisfeitas e buscam outras possibilidades de local de

nascimento para as gestações futuras. Com isso, percebemos mais um indicativo de que o modelo hegemônico precisa repensar as suas práticas e ideologias de cuidado (VOLPATO *et al.*, 2021). Por outro lado, as mulheres que já tiveram uma experiência satisfatória com o PDP, possuem interesse em vivenciá-la novamente (SANTOS *et al.*, 2018; VOLPATO *et al.*, 2021), como descrito nos trechos:

[...] Por já ter tido um parto hospitalar e um pré-natal sem ser domiciliar, senti diferença na questão do acolhimento. [...] Eu me senti vista o tempo inteiro para além de uma mulher grávida. [...] Eu digo que não posso, é gatilho, ficar vendo as postagens dela (enfermeira obstetra). Dá vontade de engravidar de novo pra ter outro parto (risos), porque foi uma experiência muito boa! Muito boa pra mim em todos os aspectos! [...] Se eu tivesse 20 filhos, 20 filhos eu teria em casa. Eu teria com parteira (as enfermeiras obstetras). [...] O meu desejo era que todas as mulheres pudessem ter o acesso que eu tive, porque você ser respeitada diminui até a dor do parto (BEATRIZ).

[...] Eu me senti muito, muito acolhida! Senti que a atenção foi muito individualizada, coisa que o hospitalar não permite, [...] me colocou como protagonista da minha história. [...] O apoio foi contínuo. [...] Comparando as duas experiências, o hospitalar e o domiciliar, eu escolheria domiciliar. Se eu tivesse 50 filhos, os 50 seriam em casa. É muito melhor! É muito mais confortável você se movimentar em um ambiente que você conhece, poder se alimentar a hora que quiser, comer o que quiser, estar ali com a sua família e não só uma pessoa, mas se você tiver necessidade de mais pessoas, sua rede de apoio está ali com você. Meu filho poder ter participado, pra mim foi muito especial. Poder ficar na posição que eu quisesse, entrar no chuveiro a hora que eu quisesse, vestir o que eu quisesse, ou não vestir nada, fez muita diferença pra mim. Eu achei o domiciliar muito, muito, muito melhor! (ALICE).

[...] Eu me senti muito ouvida, muito validada. [...] Se eu não tivesse recebido o acolhimento que recebi, possivelmente, meu parto teria tido outro desfecho. Esse acolhimento foi fundamental! [...] Quando ela (a bebê) terminou de sair, eu falava: meu Deus do céu, eu consegui! Ela nasceu! [...] É uma sensação de empoderamento muito forte, no sentido de você se conectar com o que você é capaz de fazer. [...] Parir é muito bom! (risos). Eu acho que é uma coisa que a gente precisa falar, porque as mulheres acham que parir é uma coisa muito sacrificial, que é de fato, mas [...] eu acho que se você tiver uma boa assistência [...] que me dê autonomia, que valide minha escolha e que me dê ferramenta para eu poder escolher [...] você não “tem que” passar pelo parto, é tipo assim: que bom que eu vou passar pelo parto! Que bom que eu vou parir! Tanto que eu falo com meu marido que eu não tenho vontade de ter outro filho, mas eu tenho vontade de parir de novo. São coisas diferentes. [...] (Pariria domiciliar) com certeza! Sem sombra de dúvidas! Com certeza, eu faria tudo como eu fiz da primeira vez (CAMILA).

[...] Foi exaustivo. É um cansaço muito grande de entrega. [...] Mas foi bom, foi um parto tranquilo, foi divertido. [...] Foi maravilhosa a condução delas (enfermeiras obstetras). São bem efetivas no que precisa ser feito, mas deixa a gente à vontade pra trabalhar e viver o que a gente precisa viver. [...] Eu tinha certeza que se eu tivesse em outro ambiente, que não dentro daquele contexto, eu não ia ter essa assistência que eu tive, nesse nível de informação, nesse nível de assistência, de acolhimento. Foi incrível! [...] Eu quero parir 50 milhões de vezes [...] Com certeza! Com certeza, não tenho nem dúvida, a não ser que Deus não me permita, mas me permitindo, eu teria quantos tivesse, quantos pudesse ter no domicílio (MARIA).

A partir das falas de Beatriz, Alice, Camila e Maria, identificamos que apesar do cansaço, das dores e dificuldades que envolvem o transcurso do parto, elas desejam passar novamente por essa experiência, porque consideram que a assistência que receberam foi

satisfatória. Nos discursos percebemos que a satisfação está relacionada ao respeito, acolhimento e apoio dos profissionais, à participação familiar, à preservação da autonomia e protagonismo, assim como às informações recebidas para poder decidir.

Esses achados condizem com o que D'Orsi *et al* (2014) apontam em seu estudo, que a satisfação da mulher em relação à assistência recebida durante o transcurso parturitivo, em qualquer ambiente, está associada à qualidade do relacionamento e comunicação com os profissionais de saúde, suas atitudes e comportamentos em relação ao respeito, fornecimento de informações, atenção, apoio emocional, acolhimento e privacidade. Está relacionada, também, com a participação no processo de decisão, com a maneira que as mulheres vivenciaram esse transcurso e com os desfechos maternos e neonatais favoráveis.

Estudos destacam a satisfação das mulheres com a experiência do parto em domicílio e reforçam que nesse local elas se sentem empoderadas, no controle do seu transcurso parturitivo e satisfeitas com a qualidade da assistência oferecida (KOETTKER *et al.*, 2012; CASTRO, 2015; SCARF *et al.*, 2019), que em sua maioria é realizada pelas enfermeiras obstetras, cuja forma de cuidado (centrada na mulher e família, baseada em evidências científicas e boas práticas, menos intervencionista e acolhedora) também é apontada como fator que predispõe à qualidade da assistência e conseqüente satisfação da mulher (COLLAÇO *et al.*, 2017; VOLPATO *et al.*, 2021).

Importante destacar que o tempo decorrido entre a vivência da assistência e a realização da entrevista pode influenciar na percepção das mulheres sobre alguns aspectos do atendimento, de forma que o nível de satisfação pode mudar e tende a piorar com o passar do tempo, pois a avaliação da experiência se torna mais criteriosa (D'ORSI *et al.*, 2014). No nosso estudo, o intervalo entre o parto e a entrevista variou de 02 meses a 02 anos e 10 meses. Nesse sentido, podemos inferir que mesmo após um tempo considerável, as mulheres descreveram a vivência como uma experiência positiva e satisfatória.

A satisfação é influenciada pela expectativa que as mulheres possuem sobre o atendimento que receberão e não retrata especificamente a qualidade da assistência prestada. No entanto, pode ser considerada como uma forma indireta de realizar essa avaliação de qualidade, funcionando como importante ferramenta de controle social. Desse modo, identificar fatores preditores de satisfação é uma forma de demonstrar os atributos necessários para que a assistência oferecida seja baseada nos direitos das pacientes (D'ORSI *et al.*, 2014).

Embora a escolha pelo PDP gere satisfação nas mulheres que vivenciam essa assistência, os motivos para essa opção não são compreendidos pela maioria da sociedade, que considera essa atitude como um equívoco, pois entende que o local adequado para o parto

ocorrer é o ambiente hospitalar. E quando acontece fora desse contexto, associa-se a algo não planejado, sem assistência e como irresponsabilidade (KOETTKER, 2016; MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2016; SILVA *et al.*, 2019).

Por essas razões, existem mulheres que optam por não compartilhar essa decisão com a família e/ou amigos, a fim de se preservar e levar a escolha adiante, já que podem ser vistas como transgressoras, negligentes, irresponsáveis e que arriscam sua vida e a do recém-nascido. Diante das reações contrárias, às vezes até agressivas, as mulheres decidem não compartilhar mais a sua decisão para evitar outros confrontos (LESSA *et al.*, 2014b; CASTRO, 2015; COLLAÇO *et al.*, 2017; SOUZA, N. *et al.*, 2020).

Em nosso estudo, algumas mulheres optaram por compartilhar essa decisão e outras decidiram manter a escolha em sigilo, como Maria e Camila:

[...] Nem a família sabia da nossa decisão. Foi mantido sigilo, justamente para não interferir nas nossas escolhas, para não ficar ouvindo coisas de quem não tinha o conhecimento, de quem tinha vivido histórias completamente diferentes, para que a gente pudesse sustentar aquilo de uma forma tranquila e levar o parto até o final. [...] Não compartilhamos a informação para ninguém. Todo mundo só soube na hora que nasceu. [...] Tinha pessoas que apoiavam a decisão e pessoas que eu sabia que não iriam me dar conforto, me apoiar. Então preferi manter o anonimato. Ai depois, fica assim: “Poxa, sério, você teve em casa? Ai que louca!”, “cuidado pra não pegar uma infecção”, “cuidado pra não cortarem o umbigo direito”, “Tá maluca?! Já pensou se desse alguma coisa errada?”, “Não tinha uma ambulância na porta?” (risos) (MARIA).

[...] A gente não abriu para nossas famílias, porque não ia dar tempo da gente contextualizar todo mundo. A nossa família tem uma cultura muito tradicional, tanto a minha, quanto a dele (marido). A gente não ia ter tempo hábil pra fazer todo um trabalho de psicoeducação. Também eu não queria ter esse trabalho já com quase 07 meses de gravidez. A gente manteve o sigilo, deixamos para contar para as pessoas depois que o neném já tinha nascido (risos). [...] Isso divide opiniões até hoje. [...] Para minha mãe foi uma surpresa muito grande, um convite a ver as coisas de uma outra forma, mas com muita admiração. A minha sogra também foi um pouquinho mais para essa linha, mas ficou um pouco mais preocupada, ela ficou mais assim: “mas você tá bem mesmo? Você não acha que a gente precisa ir para um hospital, pra ver se tá tudo bem aí dentro?” [...] Minha sogra ficou meio cabreira com a minha integridade física (risos), mas depois ela entendeu que era muito seguro, até mais seguro do que se eu tivesse no hospital. A assistência muito mais individualizada. E falando já do macro, eu ouvi desde que [...] eu fui louca ou que eu fui uma semideusa (CAMILA).

Aquelas mulheres que optam por compartilhar essa decisão estão sujeitas a não receber apoio familiar e sofrem por conta disso, como foi o caso de Sara:

[...] Eu não tive apoio de ninguém. Sabe o que é ninguém? Ninguém! [...] Meu irmão e minha cunhada, ambos médicos e totalmente cesaristas, só faltaram me matar. Eu vinha falando, mas ninguém me levava a sério. [...] Eu com 08 meses, meu irmão me ligou: “eu preciso do dia que ele vai nascer pra eu me programar, para poder estar aí”. Ai eu fiz: não tem programação, ele vai escolher o dia que vai nascer e como eu já falei, vai ser aqui em casa. Ele: “você é maluca!” E aí a gente começou a discutir e eu briguei feio com ele. Eu chorava! [...] Quando deu certo, “graças a Deus que deu certo”, que “é guerreira”, “surpreendeu todo mundo”, era um elogio maravilhoso, mas só depois que deu certo. [...] Minha mãe amou a equipe, conheceu elas (as enfermeiras obstetras) depois. Acho que, inclusive, isso foi muito positivo também,

porque depois eles (família) perceberam que não era... Eu falava pra eles: gente, pelo amor de Deus, eu não sou louca, eu não vou parir igual cachorro, eu não vou parir sozinha, não sou maluca a esse ponto (SARA).

Em decorrência da ideia tecnocrática que permeia a sociedade, principalmente, dos grandes centros urbanos, os questionamentos da família e dos amigos se fundamentam na concepção de que o local para o parto e nascimento é o hospital, sendo que o profissional que presta essa assistência é o médico. Dessa maneira, a cultura favorável ao parto hospitalar e cirúrgico remete segurança para a família e o medo é sustentado pela falta de conhecimento (LESSA *et al.*, 2014b; MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2016; SILVA *et al.*, 2019).

Nos discursos percebemos a apreensão que a família e/ou amigos expressaram com relação à saúde da mãe e do recém-nascido, por meio da dúvida quanto à segurança dessa assistência, com a manifestação de que essa opção era “loucura” e que estariam submetidos a riscos desnecessários. Ou seja, qualquer atitude diferente da usual, em relação ao local e tipo de parto, gera questionamentos e intensos enfrentamentos (LESSA *et al.*, 2014b; CASTRO, 2015; SOUZA, N. *et al.*, 2020).

As críticas que as mulheres recebem, baseadas em experiências isoladas e influenciadas pelo modelo dominante, podem diminuir sua autonomia e as colocar entre o que elas desejam e o que a sociedade, principalmente os familiares, acham correto e seguro. Elas precisam ser capazes de refletir sobre essas influências e permitir ou não que elas interfiram na sua escolha (VOLPATO *et al.*, 2021). Possuir informações e conhecimento é o ponto inicial para decidir pelo parto em domicílio, assim como o suporte para manter essa decisão (SANFELICE; SHIMO, 2015b).

Existem também aquelas mulheres que compartilham a decisão de parir em casa e recebem o apoio da família. Porém, esse apoio acontece somente após a desconstrução do preconceito com o fornecimento de informações de qualidade, como percebemos com os relatos de Alice e Rute:

[...] Minha família todo mundo faz cesárea, mas como eu queria ter o meu filho de parto normal, eu já tinha feito todo esse trabalho de convencimento, de mostrar evidências, de arrastar minha mãe para acompanhamento, para encontro com doulas. Eu já tinha aberto a mente deles para isso quando eu tive o primeiro (filho). Eu fiz questão de fazer isso para que fosse mais tranquilo. A minha mãe entendeu e me apoiou bastante. [...] E quando eu tomei essa decisão (do parto domiciliar), eu tive medo da minha família não apoiar. Só que quando eu falei, a minha mãe já entrou: “ahh, onde é que vai ser? Vai ser aqui na sala?” e já começou a planejar. Eu não imaginei de ser tão fácil. A minha avó era contra, mas falou: “filha, se é isso que você quer, eu vou te apoiar”. E foi assim, ela não me apoiou de cara feia, ela me apoiou mesmo (ALICE).

[...] Eu botei minha mãe pra assistir o renascimento do parto comigo. Ela mudou totalmente a visão dela. Eu, minha irmã, meu irmão nascemos de parto cesáreo. Então ela foi percebendo as coisas pelas quais ela passou, a violência e tudo e aí ela começou

a me apoiar. Meu companheiro também botou os pais dele para assistir. Porque até então a gente ainda estava pensando: será que a gente vai comunicar que vai ser em casa? A gente pode simplesmente dizer: eu não sei e ficar de boa. Mas a gente falou quando eu tinha uns 06 meses de gestação, o terreno estava mais preparado e aceitaram mais de boa. Mas no início, quando eu falei com minha mãe sobre parto humanizado, parto normal, minha mãe: “você é maluca! Vai ficar sentido dor?” Eu não queria ter minhas decisões sendo questionadas nesse momento, mas acabou dando certo, eu contei (risos) (RUTE).

O acesso à informação por parte das pessoas com quem as mulheres querem compartilhar sua decisão, é fundamental para a desconstrução de preconceitos e a obtenção do respeito e apoio quanto à opção pelo PDP. Superar esse preconceito cultural, por parte dos familiares, da sociedade em geral e de alguns profissionais, é um desafio para as mulheres que optam por essa assistência contra hegemônica (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2016).

A atitude de romper com o modelo hegemônico é permeada por preconceitos, medos, questionamentos e desafios (SANFELICE *et al.*, 2014). Portanto, a recusa a esse modelo e a opção pelo PDP caracteriza um enfrentamento a todo o sistema e sociedade, o que exige força das mulheres para defender seus direitos de escolha quanto ao tipo e o local para o parto, que estejam de acordo com as suas necessidades e desejos (CASTRO, 2015).

O modelo predominante da assistência obstétrica reflete a medicalização dos corpos femininos, transforma as vivências, as dores que antes eram administradas no ambiente familiar ou comunitário em necessidades médicas, visto que considera as mulheres grávidas como pessoas doentes, fragilizadas, dependentes e incapazes de lidar de forma autônoma com os eventos do transcurso parturitivo. Dessa forma, a maioria das mulheres sente que não possui capacidade para vivenciar a experiência de parir e delega ao profissional/instituição de saúde o poder e a responsabilidade para conduzir esse transcurso (SANFELICE; SHIMO, 2015b).

No entanto, as mulheres que optam pelo PDP não se sentem dessa maneira. E com a informação e conhecimento adquiridos, buscam pela sua autonomia e se posicionam criticamente em relação a essa realidade, ao demonstrar a insatisfação e frustração com o sistema predominante, assim como ao exigir mudanças nesse cenário, por meio da defesa dos seus direitos quanto ao poder de escolha, ao resgate da sua autonomia, do parto digno e respeitoso, ao acesso às informações e à criação de políticas públicas que as assegurem e incluam a assistência ao PDP (SANFELICE; SHIMO, 2015b; LESSA *et al.*, 2018).

Podemos perceber a insatisfação, a criticidade e o posicionamento político nos discursos de Rute, Beatriz, Sara e Shirlei:

[...] Eu acho que é uma pena que a gente ainda tenha que lutar muito pra ter essas informações divulgadas com seriedade. [...] A gente teve recentemente uma nota técnica falando que não recomenda um parto domiciliar, que retrocesso absurdo! Eu

fico triste da gente ainda ter que estar lutando muito pra ter esse lugar validado, sendo que a gente tem experiências ao redor do mundo inteiro que são super positivas com relação ao parto domiciliar. Outra coisa que me entristece é que, infelizmente, ainda, essa atenção é pra quem pode pagar. Apesar de eu saber que a equipe que eu escolhi facilita de todas as formas possíveis, ainda assim, é um lugar de privilégio. Eu gostaria que as mulheres pudessem ter esse privilégio pago pelo nosso governo, pelos impostos que a gente paga (RUTE).

[...] Eu só quero que nós mulheres sejamos respeitadas, que possamos escolher como e onde queremos parir, aonde quer que a gente ache que estamos seguras, porque esse é um momento nosso. Ninguém pode roubar esse protagonismo. [...] Não é justo que escolham com quem temos que parir, a forma que temos que parir e onde vamos parir! Isso é uma escolha nossa, somente nossa! [...] Esse é um direito de todas as mulheres. Eu queria que todas as mulheres tivessem essa experiência que eu tive, que pudessem ser respeitadas como eu sou. Desculpa, eu me emociono porque eu sei que a minha realidade não é de todas. [...] Eu desejo mesmo é que isso mude, esse medo das mulheres de parir, que é um medo não só da dor do parto, mas é um medo de como vai ser, quem vai estar no plantão (chorosa), será que vão querer fazer uma cesárea? Será que vão me respeitar? Isso não é justo com a gente, não é justo! A gestação já nos traz tantos medos e a gente viver esses medos desnecessários, por direitos que nós teríamos que estar asseguradas, que seríamos respeitadas e nós não somos! [...] Essa semana me emocionei muito porque elas (a equipe de PDP) lançaram uma campanha para o parto ser mais acessível. Eu não posso negar, não é algo acessível, não é algo para todos. Por isso que eu digo que o meu desejo era que todas as mulheres pudessem ter o acesso que eu tive, porque você ser respeitada, diminui até a dor do parto (BEATRIZ).

[...] Porque parir em casa no Brasil ainda, infelizmente, não é barato. Não é uma coisa acessível, infelizmente! [...] Tem que desembolsar algo pra ser respeitada [...]. Meu sonho é que o Brasil seja, se eu não me engano, acho que a Holanda, que o governo paga para as mulheres poderem parir em casa. Meu sonho é que isso se torne realidade aqui no Brasil (SARA).

[...] Parto bom é parto que a mulher escolhe. Ela tem que ter direito a escolher o que ela quer!! [...] E a gente tem que poder ter essa opção para escolher, porque nem essa opção a gente tem para escolher (SHIRLEI).

Com base nos discursos de Rute, Beatriz, Sara e Shirlei, as mulheres reconhecem que a assistência ao parto domiciliar é cara e não é acessível para todas. Porém, é uma alternativa para superar o serviço ofertado pelo sistema obstétrico e conseguir um parto respeitoso. No entanto, consideram que é um direito das mulheres terem a opção de escolher o parto que desejam (com quem, onde e como), de forma informada e que essa assistência faça parte das políticas públicas. Apesar da satisfação com a assistência do PDP, há uma inquietação nas participantes de que as políticas públicas não reconhecem essa modalidade de atendimento como possibilidade da atenção obstétrica (COLLAÇO *et al.*, 2017).

O Ministério da Saúde, no Caderno HumanizaSUS, afirma que o modelo de assistência obstétrica e neonatal deve ter práticas assistenciais que assegurem segurança e humanização, baseadas em evidências científicas e em direitos, como o direito ao exercício da autonomia feminina, incluindo o direito a escolha informada e consentida no parto, que versa sobre como, com quem e onde ter o parto (BRASIL, 2014).

No entanto, apesar desse direito ser pontuado na política pública, não há incentivo para que as mulheres façam escolhas informadas relativas ao local de parto e nem existe oferta de assistência extra-hospitalar, como o parto domiciliar. Além disso, poucos são os lugares que possuem centros de parto normal (VOLPATO, 2020).

Essa situação resulta na ausência de diretrizes nacionais para o PDP, na falta de informações consistentes e orientações para a maioria das mulheres, o que contribui para que a escolha do local de parto só possa ser feita por aquelas que possuem maior poder econômico e conseqüentemente acesso às informações com mais facilidade (CASTRO, 2015). Também contribui para que o parto em domicílio seja percebido pela maioria da sociedade como algo “clandestino”, que precisa ser escondido pelas mulheres, levando-as a se isolarem, quando seria fundamental o apoio de uma rede de suporte envolvendo familiares, amigos e, principalmente, os profissionais de saúde e a rede pública de assistência como retaguarda (CASTRO, 2015; SOUZA, N. *et al.*, 2020).

O reconhecimento e o respeito quanto ao direito de escolha do local de parto possibilitam escolhas seguras e assistidas por profissionais de saúde que apoiam um modelo de assistência obstétrica centrada na mulher. Logo, consideramos necessário que o MS se atente para o PDP e que o direito de escolha do local de parto seja respeitado, garantido e incluído nas ações do SUS, como elemento dos direitos reprodutivos das mulheres (CASTRO, 2015).

Embora, há anos, se busque a humanização e o respeito aos direitos das mulheres, os avanços que foram conquistados podem ser considerados como insuficientes, já que um dos principais motivos para que as mulheres escolham o PDP é evitar o que o modelo de assistência obstétrica dominante, representado pela assistência hospitalar tem oferecido (violência obstétrica, intervenções e cesáreas desnecessárias, normas e protocolos inflexíveis etc), a fim de conseguirem parir de forma respeitosa e autônoma.

Presumia-se que a universalização do acesso ao parto hospitalar fosse acompanhada pela melhoria dos indicadores da assistência obstétrica, como ocorreu com o crescimento da cobertura do cuidado ao pré-natal. Porém, o Brasil ainda apresenta resultados desfavoráveis quanto à mortalidade materna, altas taxas de cesáreas e uma assistência intervencionista, tecnocrática e violenta (CASTRO, 2015).

Como já discutimos, no Brasil, o SUS não abrange a assistência ao PDP, o que faz dessa modalidade uma escolha que tem um peso emocional e financeiro para as mulheres, além de ser inacessível para a maioria delas. Ou seja, restrita àquelas que possuem acesso à informação e condições financeiras privilegiadas.

A OMS (2014), afirma que todas as mulheres têm o direito de receber o mais alto padrão

de saúde atingível, o qual inclui a garantia a uma assistência digna e respeitosa durante todo o transcurso parturitivo, bem como o direito de estar livre da violência e discriminação, de forma que os abusos, maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante a gravidez, parto e puerpério representam uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres.

Nesse sentido, deixamos algumas reflexões: até quando as mulheres precisarão fugir da assistência institucional, por medo da violência obstétrica, de não serem respeitadas e de perderem a sua autonomia? Sendo o PDP uma assistência inacessível à maioria, visto que não faz parte das políticas públicas, as mulheres que não possuem condições financeiras para exercer seu direito de escolha, que deveria ser garantido pelo SUS, como afirma o MS, têm menos direitos do que as outras e estarão sujeitas ao risco de uma “loteria”?

Acrescentamos, ainda, uma reflexão proposta por Denipote *et al.* (2020): diante das desigualdades de acesso à saúde e de qualidade digna, conseguiremos ofertar o PDP como uma opção para todas as mulheres brasileiras, não como uma fuga da assistência hospitalar, mas como uma opção segura e respeitosa?

Nossos resultados apontam que as mulheres que optam pelo PDP buscam vivenciar o transcurso parturitivo com uma assistência baseada no princípio da autonomia, do resgate do parto fisiológico, de um cuidado para além do biológico e que assegure informações de qualidade, assim como favoreça um relacionamento simétrico entre elas e os profissionais.

Percebemos que essas mulheres, por meio da busca por informações e vivências anteriores, se mostram insatisfeitas com o modelo dominante de assistência obstétrica do nosso país e encontram no PDP uma alternativa para suprir e respeitar as suas necessidades e expectativas em relação a todos os aspectos (biológico, emocional, social, cultural etc) que envolvem o ciclo gravídico-puerperal.

Portanto, este estudo pode ser uma ponte entre a universidade, sociedade e as mulheres, como elemento para fortalecer a luta em defesa do PDP como política pública.

5.7 Acompanhante no Parto Domiciliar Planejado

A presença do acompanhante faz parte das boas práticas do parto e nascimento, sendo recomendada pela OMS desde 1996 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996). Em 2005, no Brasil, a Lei 11.108, conhecida como “Lei do acompanhante”, foi aprovada e sancionada, o que garante às mulheres o direito ao acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Desde então, as mulheres podem escolher uma pessoa para estar com elas durante o transcurso do parto, no âmbito do SUS e da rede própria ou conveniada (BRASIL, 2005b).

Importante destacar que a presença do acompanhante não pode ser substituída ou confundida com o trabalho desempenhado pelas doulas. Elas agregam à equipe de assistência e também são consideradas como importantes integrantes da humanização do parto, cuja presença está associada a diversos benefícios, como mais conforto e segurança, menor tempo de trabalho de parto, menos dor e medo, maiores chances de parto vaginal, entre outros (BRASIL, 2014; LIMA; PEREIRA; FILHO, 2019).

A Lei do acompanhante contribuiu para a reinserção e participação da família no nascimento, que é uma das condições para o resgate da humanização. Entretanto, ainda hoje, muitas instituições se recusam a permitir a presença de acompanhante ou limitam a sua permanência, por exemplo, quando restringem a apenas pessoas do sexo feminino ou autorizam a sua entrada na sala de cesárea apenas no momento em que o bebê será extraído. E quando é possível ter acompanhante, muitas vezes, a sua participação é limitada, por causa das normas e rotinas inflexíveis. A violação desse direito se agravou durante a pandemia.

A pesquisa “Nascer no Brasil”, identificou que apenas 18,8% de aproximadamente 24 mil mulheres que pariram em instituições hospitalares, tiveram o acompanhante de forma contínua durante o período de interação para o parto (DINIZ *et al.*, 2014). Estudos de investigação a respeito do PDP, como o de Santos *et al.* (2018), apesar de não ter uma amostra tão expressiva quanto o primeiro, demonstraram que das 99 mulheres que tiveram o PDP, 87,2% contaram com a presença de pelo menos um acompanhante durante a assistência e em 12,8% dos prontuários não havia esse registro.

Como descrevemos, as mulheres optam pelo PDP por diversas razões e uma delas é a possibilidade da presença e participação ativa do acompanhante, que pode ser mais de um, além de incluir os outros filhos (KOETTKER, 2016; COLLAÇO *et al.*, 2017; ALMEIDA, 2018; PERIPOLLI, 2019; VOLPATO, 2020).

Durante a pandemia pela COVID-19, a quantidade de pessoas presentes nas consultas de pré-natal, no trabalho de parto, parto e pós-parto precisou ser reduzida para minimizar o risco de contaminação. Porém, o direito à presença do acompanhante e da doula foi assegurado na assistência ao PDP (WEBLER *et al.*, 2022).

No nosso estudo, todas as mulheres tiveram pelo menos um acompanhante durante o transcurso parturitivo. A maioria também contou com a assistência da doula. A maioria escolheu o companheiro/marido e aquelas que já possuíam filho também optaram por tê-lo presente nesse momento. Apenas uma mulher escolheu a mãe como acompanhante, devido ao término do relacionamento com o pai do bebê. Como o PDP possibilita a inclusão de mais pessoas nesse cenário, algumas mulheres também decidiram receber o apoio de outros familiares como avó, tia, irmã e cunhado. Conforme os relatos:

[...] Meu marido e minha filha estiveram próximo a mim o tempo inteiro, e a minha irmã e meu cunhado ficaram de apoio se eu precisasse me alimentar, [...] para a assistência, fez alimentação da equipe, arrumação de uma parte da casa. [...] Minha irmã, pela nossa ligação, por ela ser muito cuidadosa e ser madrinha da neném que estava nascendo. Meu esposo, porque nós somos a base um do outro e minha filha, porque eu acho muito importante. E realmente é, para a relação delas duas e eu queria muito que (a filha mais velha) também pudesse ver um nascimento, pra que ela entendesse também o nascimento dela. Escolher tê-la no parto foi também uma das minhas melhores escolhas (BEATRIZ).

[...] Por que a gente tem uma conexão muito forte, muito grande. A gente entrou nessa, ficamos grávidos juntos. Então não poderia ser outra pessoa que não ele (marido). Ele era a pessoa. [...] Eu pensei em chamar minha irmã pra ajudar, só que ela é uma pessoa muito emotiva, o parto dela foi cesárea. [...] Pra quem não está acostumado com isso, acha que é sofrimento. Eu sabia que ela não ia aguentar e isso poderia me deixar nervosa. [...] Quando nasceu a placenta eu liguei pra ela, pra ela vir (SHIRLEI).

[...] Eu e meu esposo sempre. Ele sempre foi minha fortaleza. Então eu sabia que se me faltasse qualquer coisa, ele ia ser meu suporte emocional, físico. Em hora nenhuma pensei em qualquer outra pessoa. A gente é super parceiro e ele foi realmente a minha âncora, o meu suporte em todo o processo (MARIA).

[...] O acompanhante em si, escolhido, foi a minha mãe. [...] Eu queria que ele (filho mais velho) também participasse do nascimento da irmã, ativamente, queria que ele estivesse presente quando ela nascesse. [...] A minha vó e as minhas tias quiseram estar perto. [...] Eu me senti muito sozinha nessa gestação, pelo término. Foi um relacionamento que não foi legal, eu estava muito fragilizada nesse sentido, [...] senti muito que precisava desse apoio, queria que minha filha nascesse na casa da avó, com a bisavó presente, com as tias-avós presentes, um ambiente muito feminino. A equipe só tinha mulher. Eu queria essa energia feminina quando ela nascesse (ALICE).

Nos discursos de Beatriz, Alice, Shirlei e Maria, percebemos que a escolha do acompanhante (familiares na maioria das vezes) está relacionada ao vínculo existente entre a mulher e ele, junto à certeza de apoio que essa pessoa vai proporcionar, tanto para a mulher como para a equipe e para a preparação do ambiente, durante todo o transcurso parturitivo. O desejo de incluir os filhos mais velhos também foi apontado pelas mulheres e se configura como

uma forma de proporcionar o vínculo entre os irmãos e oportunizar a vivência de um nascimento (PERIPOLLI, 2019).

Nossos resultados são semelhantes aos encontrados em outros estudos, em que todas as mulheres tiveram pelo menos um acompanhante e entre as pessoas escolhidas o companheiro foi predominante. Mas também estiveram presentes filhos mais velhos, mães, irmã e doula (CASTRO, 2015; SANTOS *et al.*, 2018; PERIPOLLI, 2019; CEOLIN, 2022). A escolha unicamente pelo parceiro pode ter influência da falta de apoio de outros familiares quanto à opção pelo PDP, bem como pela decisão de manter essa escolha em sigilo.

A gestação, parto e pós-parto são eventos sociais, únicos e marcantes na vida do casal, de suas famílias e das pessoas próximas e significativas (COLLAÇO *et al.*, 2017). Dessa forma, é importante que sejam vivenciados na perspectiva da integralidade. Por isso, a mulher não deve ser dissociada da família e de suas relações. Dessa forma, a assistência no contexto domiciliar além de atender às questões biológicas, atende às necessidades psicológicas e sociais da mulher (FRANK; PELLOSO, 2013).

Estar cercada por pessoas de confiança influencia na percepção que a mulher tem a respeito do ambiente, o torna mais íntimo e proporciona segurança e bem-estar. Esses aspectos constituem um cuidado e conforto indispensável no transcurso parturitivo, contribuindo para uma vivência positiva desse momento e conseqüente satisfação (SANFELICE; SHIMO, 2016).

O modelo de assistência ao PDP permite a inclusão e participação ativa do acompanhante, inclusive dos filhos mais velhos, durante a gestação, parto e pós-parto, pois considera o transcurso parturitivo como um evento familiar e que envolve aspectos além do biológico. Os benefícios, a importância em ter acompanhante em todo o transcurso parturitivo e o quanto isso contribuiu para uma experiência positiva podem ser percebidos conforme os relatos a seguir:

[...] As consultas pré-natais [...] abrangem muito mais do que o neném, do que a gravidez. Elas (enfermeiras obstetras) buscam compreender a família, compreender o pai, [...] na verdade, é o envolvimento familiar total. [...] O papel do pai ao meu lado foi muito, muito importante, tanto pra mim quanto pra aquela criança que está chegando (BEATRIZ).

[...] Como era na minha casa, envolvia toda a família, envolvia o esposo, era muito gostoso, fazer as consultas e criar esse vínculo. [...] Sempre com esse nível de atenção à mulher, de expectativas, a preocupação com o casal! [...] Eu sempre digo que foi um atendimento pra a família e não só pra a mulher (MARIA).

[...] Ele (marido) foi muito incluso, em todos os sentidos, todos! Não era só a mulher ali, era o casal. [...] Ele foi todo preparado, eu fiz todo um estudo com ele, para ele estar preparado. E foi um acompanhante incrível, surpreendeu não só a mim, mas a todo mundo, pela parceria, apoio, cuidado, paciência, por tudo! Foi divino, foi tudo exatamente como eu idealizei (SARA).

[...] Nos pré-natais, tinha a oportunidade dele (marido) entender um pouco a dimensão do que eu estava passando, porque (a enfermeira obstetra) falava sobre os hormônios, tudo o que estava acontecendo. [...] Era a opinião de outro profissional falando, validando aquilo que eu estava passando. Foi muito bom ter a companhia dele também. Ele tinha as próprias perguntas, começando a ficar mais inteirado, interessado. [...] No acompanhamento de parto também foi ótimo, [...] queria que ele tivesse o tempo inteiro ali, colado. Foi lindo e muito importante ele estar perto, para perceber, entender as dificuldades que passei e isso aproximou a gente depois. É como se ele tivesse também validando a minha força, dando mais valor a isso. [...] Nesse processo dessa latência mais prolongada, eu achei que não ia conseguir. [...] E ele estando lá para ver, eu falava: eu não sei se vou conseguir, e ele: “vai conseguir sim, amor”. E no final acontecer como aconteceu, foi lindo! (RUTE).

[...] Eu me senti muito segura, era como se eu fosse o corpo e ele (marido) fosse a mente. A gente conversou durante a gravidez inteira, o que eu queria, o que eu não queria. [...] A gente estava muito sincronizado, muito alinhado no que a gente queria. Ele estando aqui, pra mim, foi a minha cabeça, o meu respiro, o meu ar, [...] sempre do meu lado, foi o que me apoiou. Sempre falei: olha, a gente vai ter o parto junto. [...] Eu tinha doula, eu tinha tudo, mas quem estava comigo foi ele. Isso me deu muita segurança. [...] Um parto muito intenso, mas muito bonito, muito visceral. [...] Ficou só eu e ele em casa também à noite (após o parto). A gente não quis ninguém, não quis minha irmã, só eu e ele e nosso filho (SHIRLEI).

De acordo com os discursos de Beatriz, Maria, Sara, Rute e Shirlei, o modelo de assistência ao PDP inclui acompanhante em todas as fases do transcurso parturitivo. A sua presença proporciona segurança, força e apoio para as mulheres, assim como o fortalecimento do vínculo já existente, principalmente quando é o companheiro que está presente. Durante o pré-natal, é possível que as profissionais conheçam seus medos, expectativas, emoções e dúvidas, forneçam informações e orientações a fim de prepará-lo para as outras fases do transcurso, além de ajudá-lo a compreender melhor as necessidades da gestante e do bebê (FRANK; PELLOSO, 2013; COLLAÇO *et al.*, 2017; CEOLIN, 2022).

Semelhantemente ao nosso, os estudos sinalizam a importância da participação e apoio do acompanhante, visto que promove às mulheres afeto, conforto, encorajamento, confiança, tranquilidade, bem-estar físico, emocional e maior segurança, o que contribui para a evolução fisiológica do parto, para que as mulheres não desistam, para a promoção de assistência respeitosa e humanizada, o que resulta em uma vivência positiva do parto e nascimento (FRANK; PELLOSO, 2013; CASTRO, 2015; SANFELICE; SHIMO, 2016; COLLAÇO *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2018; PERIPOLLI, 2019; SOUZA, N. *et al.*, 2020; CEOLIN, 2022).

Como o PDP permite uma maneira individualizada de nascimento, favorece também a participação dos outros filhos, os irmãos do recém-nascido, o que promove o fortalecimento do vínculo entre eles, assim como a oportunidade de vivenciar um nascimento (COLLAÇO *et al.*, 2017; PERIPOLLI, 2019). O que foi descrito nos trechos:

[...] Nas consultas pré-natais, quem participava era eu e meu esposo, e minha filha quando queria participar, ela participava. Quando não, a gente deixava ela à vontade. [...] Em um momento em que eu já estava com as contrações sem dar muito

espaçamento, eu virei pra (enfermeira obstetra) e falei assim: será que vou conseguir? E aí minha filha de 04 anos veio pra perto, olhou nos meus olhos e falou assim: “mamãe, você é forte, você vai conseguir” e aquilo me muniu muito de forças. [...] Ela contando é muito bonitinho, pela perspectiva dela, falando que foi maravilhoso ver a irmã nascer, que foi ela que pegou a irmã, o primeiro contato que a irmã dela teve, que quando ela viu a cabecinha, ela falou: “vem, irmã!” e a irmã veio (BEATRIZ).

[...] Eu preparei ele (filho mais velho) também durante os meses da minha gestação. [...] Ele participou das consultas, eu conversei bastante com ele, mostrei vídeos. Primeiro, vídeos de mamíferos nascendo, para ele ver como era o nascimento. Depois eu mostrei de um parto domiciliar de outra pessoa para ver como ele ia reagir. Mostrei fotos do parto dele e ele agiu de uma forma muito natural. Aí eu expliquei pra ele: olha, às vezes, a mulher grita, mas está tudo certo, você está vendo que tem uma pessoa que está cuidando dela, é só porque o neném está passando, tem sangue, mas está tudo bem. Eu fui explicando pra ele, ele sempre agiu com muita naturalidade. [...] Meu filho estava dormindo e aí uma das doulas foi correndo acordar, ele chegou bem na hora que a irmã estava nascendo, [...] eu fiquei com medo do meu grito assustar ele, mas isso não aconteceu, mas o sangue assustou um pouco. Ele ficou de longe, um pouco desconfiado, olhando, aí eu falei: que foi filho? Ele falou: “tem muito sangue”. Eu falei: está tudo bem, é porque ela nasceu agora, está meladinha. Ele foi se aproximando devagar e depois ficou tudo bem (ALICE).

A partir dos discursos de Beatriz e Alice identificamos que a participação dos filhos mais velhos durante a gestação, trabalho de parto e parto também é percebida pela mulher como uma forma de apoio, e que as crianças encaram esse momento com naturalidade. As mulheres se preocupam em prepará-los e deixá-los à vontade para participar ou não, tanto durante a gestação, nas consultas de pré-natal, como no momento do trabalho de parto e parto (PRATES *et al.*, 2018; PERIPOLLI, 2019).

A preparação para que os filhos mais velhos acompanhem o nascimento do irmão mais novo no PDP é feita por meio do diálogo, em que a mulher/casal explica sobre a dor, sangramento e possibilidade dos gritos, bem como com a utilização de vídeos com o intuito de familiarizá-los com o que pode ocorrer, já que é comum a preocupação quanto à reação que a criança apresentará. Além disso, entendem que a inclusão e participação pode colaborar com a criação do vínculo com o novo irmão (PRATES *et al.*, 2018).

Essas mulheres/casais entendem que o parto é um evento importante para as relações familiares. Dessa forma, a presença dos filhos mais velhos nesse cenário tem sido relacionada com o fortalecimento da percepção de intimidade do nascimento, contribui para uma vivência positiva e satisfação das mulheres quanto ao parto. Também, promove às crianças o entendimento do parto como um evento natural (PERIPOLLI, 2019).

A escolha de incluir os filhos mais velhos é incentivada pelas enfermeiras obstetras, que também consideram a participação deles como uma oportunidade de naturalizar o nascimento e fortalecer a ideia do parto como um evento familiar, conforme as falas de Rosa e Orquídea.

[...] O diferencial do domiciliar é quando tem filhos menores, realmente ela (a

mulher) poder viver o parto como um evento familiar e a criança já cresce e entende que aquilo ali é normal, [...] parir é normal (EO – ROSA).

[...] Com relação aos filhos, a gente estimula imensamente, inclusive, que estejam presentes, mas existem os que não querem. [...] Mas estimulamos, sim, inclusive por acreditarmos que principalmente as crianças quando estão na cena de parto, eles naturalizam, o que para eles já é natural, que é a forma de nascer e eu acho que isso muda o mundo realmente, como fala Michel Odent (EO – ORQUÍDEA).

Da mesma forma, essas profissionais incentivam e compreendem a presença do acompanhante como fundamental em todo o transcurso parturitivo. As pessoas escolhidas pelas mulheres são incluídas na assistência desde o pré-natal, em que participam das consultas, recebem orientações, tiram dúvidas e são preparadas para assumir o papel de acompanhante. As enfermeiras obstetras consideram esse preparo como um aspecto indispensável para o bom andamento da assistência e do trabalho de parto e parto, como retratado nos trechos:

[...] Eu acho que o acompanhante deve ser de escolha da mulher, é algo que a gente bate muito no pré-natal, da importância de ter um acompanhante. [...] A escolha precisa ter muito critério [...]. Esse acompanhante está ali com que função? Sabe realmente o que é um parto domiciliar? Entende quais são as escolhas que essa mulher está fazendo? Por que se for um acompanhante apenas para estar figurando, a gente precisa reavaliar quais são os planos. [...] É imprescindível que os acompanhantes participem dos pré-natais. [...] Não há restrições, há uma decisão da mulher informada (EO – ORQUÍDEA).

[...] Ele é essencial e, principalmente, na rotina pré-natal. A gente percebe que aqueles que não se entregam a esse momento no pré-natal, são os que lá na frente, aquela família vai ter mais dificuldade com o processo de parir. Isso independe, na minha percepção, do local. [...] A gente vai criando, bolando um plano assistencial em conjunto. Então ele precisa participar disso (EO – SIMONE).

[...] O acompanhante é fundamental durante todo o processo da gestação, sendo ele da escolha da mulher. [...] Quando essa pessoa se faz presente ao longo do pré-natal, vai construindo essa ideia, do que é o processo do parir, do que é um pós-parto também, o que é a amamentação, qual o papel dele, qual a importância dele estar presente naquele processo. É um suporte físico e emocional para aquela mulher. [...] Uma pessoa de confiança da mulher, que ela tem uma vinculação e sabe que vai construir esse ideal do parto junto com o processo, que vai dar o suporte para a casa, para o filho mais velho, numa situação de uma possível transferência, vai ser aquela pessoa que vai estar pensando na dinâmica da casa. [...] Já existem evidências, inclusive, que trazem a diferença desse desfecho, desse parto, quando se tem um acompanhante presente. Então é fundamental! (EO – MARIA).

[...] É essencial, tanto no pré-parto, pós-parto, quanto no parto. Todo momento acho que o acompanhante tem que estar presente e tem que estar presente sendo esclarecido. [...] Porque se você tiver uma pessoa que não participou daquele momento (de orientação), no momento da intercorrência, em vez de ajudar, vai surtar. Então, a gente sempre deixava todo mundo preparado (EO – MANUELA).

As profissionais que atendem o PDP entendem que o acompanhante é um componente essencial para a humanização do parto e nascimento e para que este ocorra conforme o planejado (MELO, 2015; CEOLIN, 2022). No entanto, é necessário que receba orientações previamente, já que quando o acompanhante possui conhecimento, consegue se preparar

emocional e fisicamente, tende a participar ativamente, transmite segurança e auxilia em todo o transcurso, o que também colabora com o trabalho da equipe (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

O MS, nas “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal”, recomenda que os profissionais que prestam assistência ao parto informem às mulheres a respeito da necessidade de escolha de um acompanhante para estar com elas e apoiá-las durante o transcurso do parto. Preconiza, ainda que realizem orientações para que a pessoa escolhida possa exercer esse papel da melhor maneira (BRASIL, 2017).

De forma semelhante ao apontado pelas enfermeiras do nosso estudo, uma equipe que presta assistência ao PDP em Santa Catarina recomenda a participação de acompanhante em todas as consultas, principalmente, aquelas de preparação para o parto, o que é facilmente atendido pelas famílias (MELO, 2015).

A preparação para o parto e nascimento com a contribuição de profissionais capacitados é essencial para a família (CEOLIN, 2022). As orientações que os acompanhantes recebem dizem respeito à fisiologia da gestação, trabalho de parto, parto e pós-parto. Ao estarem presentes, oferecem apoio às mulheres e atendem as necessidades que elas possam apresentar durante o transcurso parturitivo, o que fazer em determinadas situações (por exemplo, rompimento da bolsa, início do trabalho de parto etc), assim como quanto à utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor (MELO, 2015).

Esses momentos de preparação do acompanhante contribuem para conhecer o casal/família, compreender as suas expectativas, crenças e medos sobre o transcurso do parto, o que possibilita a desconstrução de preconceitos a respeito do PDP, fortalece e sustenta a escolha por essa modalidade de assistência, assim como favorece a construção do vínculo com os profissionais responsáveis pelo atendimento. Também, são momentos que incentivam e proporcionam o protagonismo da mulher e do acompanhante, o que contribui para uma experiência satisfatória (MELO, 2015; PERIPOLLI, 2019; CEOLIN, 2022).

No modelo de assistência ao PDP, além de prestar apoio à mulher, o acompanhante precisa estar preparado e bem informado para também exercer a corresponsabilização e participar das tomadas de decisão de forma adequada quando necessário, como podemos perceber com os relatos de Orquídea (enfermeira obstetra) e Shirlei (mulher).

[...] Eu sempre digo que o parto é da mulher, mas quando passa a ser em casa, ele precisa ser da família, porque a mulher vai entrar na partolândia em algum momento e aí, quem vai tomar as decisões? [...] Quem vai corresponsabilizar comigo as decisões frente àquela mulher que está na partolândia? Ela precisa, sim, de um acompanhante. [...] O acompanhante no parto domiciliar vai chegar um momento em que ele vira pro lado de cá da cortina e vira equipe. Aquele momento de necessidade, numa iminência de transferência, eu não vou chegar para aquela mulher, que está lá embotada dos seus hormônios, contraindo, sentido dores, [...] porque vou chamar pro

racional. Eu vou chegar para essa parceria que ela escolheu e vou conversar, [...] vai ser uma pessoa que vai estar corresponsável com a gente nas decisões que a gente vai tomar. [...] Eu coloco exemplos disso no pré-natal para que a mulher discuta com essa parceria e entendam o que é essa corresponsabilização. O acompanhante tem um papel muito mais do que simplesmente segurar a mão e dizer vamos nessa (EO – ORQUÍDEA).

[...] Eu lembro que uma hora eu estava com muita dor, mas muita dor! E falava: eu quero ir para o hospital, eu quero ir para o hospital! A hora da covardia. [...] Falei: eu quero que essa dor saia, não interessa como! E aí eu vi uma hora que ele (marido) foi pra o quarto do (bebê) com a equipe e eu estava totalmente entregue, eu falei: bom, o que ele sair de lá resolvido, tá resolvido, porque ele me conhece, a gente conversou muito, alinhou. Quando ele saiu, ele falou assim: “vamos fazer uma manobra em você e depois dessa manobra se não surtir efeito, a gente vai pra o hospital”. [...] A gente fez a manobra [...] e quando a gente viu, a cabeça dele estava apontando, a gente foi pra banheira e ele nasceu (SHIRLEI).

Percebemos com os discursos de Orquídea e Shirlei que o modelo de assistência do PDP oportuniza ao acompanhante participar ativamente, com o aumento do domínio, controle da situação, da liberdade e da responsabilidade junto a mulher (COLLAÇO *et al.*, 2017), pois o cenário domiciliar e sua ambiência promovem e estimulam que ele exerça o protagonismo e a corresponsabilização junto a equipe em todo o transcurso parturitivo (ALMEIDA, 2018).

O compartilhamento das decisões entre a equipe, a mulher e acompanhante é um importante aspecto na compreensão do PDP (CUNHA *et al.*, 2021), o qual já foi discutido em categorias anteriores.

No entanto, para que o acompanhante seja corresponsável e se envolva na tomada de decisão, é preciso que esteja bem informado. Para isso, é necessário e obrigatório que os profissionais que atendem o PDP ofereçam informações, embasadas em evidências científicas e não tendenciosas, de fácil compreensão e completas, para que o acompanhante possa fazer escolhas conscientes, entender riscos e benefícios, assim como discutir práticas e condutas (SANFELICE; SHIMO, 2015a).

Nossos resultados indicam que as enfermeiras obstetras que prestam assistência ao PDP não só respeitam o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o transcurso parturitivo, como incentivam e reconhecem a sua importância, desde que esteja informado e orientado quanto ao seu papel, para que possa exercê-lo da melhor maneira e de forma corresponsável.

Elas destacam, também, a possibilidade e o incentivo quanto à participação dos filhos mais velhos durante a assistência, por acreditarem e defenderem que o parto é um evento familiar e que a participação deles é uma oportunidade para a naturalização do nascimento.

As mulheres apontam a importância de ter o acompanhante durante todas as fases do transcurso parturitivo, os benefícios que a sua presença proporcionou como apoio, suporte,

segurança, encorajamento, satisfação, entre outros, assim como o consideraram fundamental para uma experiência positiva e satisfatória. A maioria delas escolheu o seu companheiro para assumir esse papel, o que pode estar relacionado com a decisão de manter o sigilo da escolha pelo PDP, em razão da falta de apoio dos familiares.

Portanto, ao construir essa categoria, defendemos que todas as mulheres possam ter o direito de ter ao seu lado, no momento do parto o acompanhante escolhido, independentemente do local da ocorrência do parto, de forma que não encontrem nenhum tipo de impedimento ou restrição e que ele consiga participar ativamente desse momento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a crescente procura pelo parto domiciliar planejado, como uma alternativa ao modelo da assistência obstétrica – tecnocrático, biomédico, hospitalocêntrico, intervencionista, dominante em nosso país, torna necessário compreender a vivência das mulheres que optam por essa modalidade de assistência, assim como das profissionais que prestam esse atendimento. Esta pesquisa possibilitou desvelar a vivência do PDP na ótica de mulheres e enfermeiras obstetras, assim como o impacto da pandemia pela COVID-19 nessa assistência.

Os motivos que levam tanto as mulheres como as enfermeiras obstetras a optar pelo PDP decorrem da insatisfação com o modelo hegemônico e do desejo de mudanças no cenário do parto e nascimento.

A OMS, em seus documentos, indica que as mulheres durante a assistência ao transcurso parturitivo, principalmente o parto, em instituições hospitalares de saúde, vivenciam situações de abuso, desrespeito, maus-tratos, negligência, violência obstétrica, violação de direitos, entre outros.

Nesse sentido, as mulheres escolhem o PDP para vivenciar uma assistência na gestação, parto e pós-parto que esteja baseada em devolver o seu protagonismo e autonomia, favorecer e assegurar o acesso a informações de qualidade, para que possam ser corresponsáveis pelas escolhas, que entenda esse transcurso como um evento familiar e fisiológico, estabelecendo um cuidado que transcende os aspectos biológicos. Ou seja, que considere as vertentes social, emocional, cultural e familiar. O PDP também tem sido escolhido por ser uma assistência em que as mulheres confiam, acreditam e se sentem seguras.

A escolha do domicílio como local para o parto não se mostra como uma opção de mulheres pouco informadas ou adeptas a um modismo, mas uma escolha concreta e fundamentada em informações de qualidade, baseadas em evidências científicas, que possibilitam tomarem essa decisão de maneira segura e consciente, além de questionarem o modelo hegemônico atual, em busca de um local para o parto que atenda às suas expectativas.

Durante a pandemia, o medo da contaminação pela COVID-19 e as restrições quanto à presença de acompanhante e da doula, também se tornaram motivos para as mulheres escolherem o PDP. Nesse período, as enfermeiras obstetras julgaram que o interesse por essa assistência aumentou, mas que estava mais relacionado à curiosidade do que uma escolha. Elas entendem que essa situação foi benéfica, já que levou a sociedade a olhar para essa modalidade como uma possibilidade para o atendimento ao transcurso parturitivo, assim como contribuiu para que se conhecesse mais a seu respeito.

Apesar do transcurso do parto envolver cansaço, dores e dificuldades, as mulheres consideraram a assistência ao PDP satisfatória. Essa satisfação estava relacionada ao respeito, acolhimento e apoio das profissionais, à participação ativa de acompanhantes (parceiro, familiares e filhos mais novos), à preservação da autonomia e protagonismo, assim como ao recebimento de informações para participar do processo de tomada de decisão.

Os motivos pelos quais as mulheres optam pelo PDP não são compreendidos pela maior parte da sociedade, que entende que o local adequado para o parto é o ambiente hospitalar e que quando acontece fora desse contexto, se associa a uma atitude inadequada e irresponsável. Por essas razões, algumas mulheres optam por não compartilhar a decisão pelo PDP com a família e/ou amigos, a fim de se preservar, evitar confrontos e conseguir levar essa escolha adiante. O acesso à informação é fundamental para a desconstrução desses preconceitos.

A decisão de manter a escolha do PDP em sigilo, em razão da falta de apoio dos familiares, pode ter influenciado na escolha dos acompanhantes. A maioria das mulheres escolheu apenas o companheiro para assumir esse papel. Elas apontam a importância de ter acompanhante durante todas as fases do transcurso parturitivo, os benefícios que a sua presença proporcionou como apoio, suporte, segurança, encorajamento, satisfação, entre outros, assim como o consideraram fundamental para uma experiência positiva e satisfatória.

Na assistência ao PDP, o direito ao acompanhante é respeitado e estimulado pelas enfermeiras obstetras. Elas também reconhecem a sua importância e destacam a necessidade de que ele receba orientações e informações para que possa exercer o seu papel de forma corresponsável. Essa modalidade de assistência entende a gestação, parto e nascimento como um evento familiar. Então, é possível que haja mais de um acompanhante, inclusive a presença dos filhos mais velhos, durante todo o transcurso parturitivo.

A maneira que as enfermeiras obstetras compreendem o transcurso parturitivo, como um evento fisiológico, familiar e com as mulheres como protagonistas, repercute no modelo de assistência em que o PDP está fundamentado: humanizado, centrado na mulher e baseado em evidências científicas e boas práticas. Isso reflete positivamente na saúde de mulheres e recém-nascidos, com menos intervenções, menor risco de intercorrências e de morbimortalidade, assim como maior qualidade do cuidado e satisfação.

As enfermeiras obstetras que optam por prestar assistência ao PDP se mostram insatisfeitas com a forma de trabalho do modelo hegemônico na maioria das instituições, discordam dele e não o aceitam. Dessa forma, elas sentem a necessidade de se afastar e buscar uma nova maneira de exercer a sua função, em uma realidade diferente. É no cenário domiciliar que encontram essa oportunidade.

Nesse sentido, são motivadas a prestar essa assistência, por considerarem que o contexto domiciliar favorece a sua atuação, de acordo com o modelo humanizado, a exercerem um cuidado respeitoso, seguro e qualificado, livre de violência obstétrica e intervenções desnecessárias, além de atuarem com autonomia e liberdade, sem as interferências do ambiente hospitalar e das relações de hierarquia com a categoria médica.

Essas profissionais também encontram importantes desafios no atendimento ao PDP como: a luta contra o sistema hegemônico, o preconceito por parte da sociedade e de profissionais de saúde; questões de logística que impactam no processo de trabalho, ausência de abordagem sobre a assistência domiciliar ao transcurso do parto durante a formação profissional, a disponibilidade que essa modalidade requer, e a inexistência de uma política pública e de diretrizes e/ou protocolos.

Embora não haja diretrizes e/ou protocolos que regulamentem, orientem e uniformizem a assistência ao PDP, as práticas das enfermeiras obstetras são, em sua maioria, baseadas nas boas práticas e em evidências científicas, abrangem competências de ordem técnica, não-técnica e gerencial, assim como prezam pelo estabelecimento de vínculo, relação de confiança e responsabilização da assistência.

São profissionais capacitadas para lidar com as urgências/emergências, garantir os cuidados necessários e de qualidade para a mulher e o recém-nascido, assim como prover a transferência para o contexto hospitalar quando necessário, já que, independentemente do local de nascimento, o parto está sujeito a intercorrências. No entanto, como as enfermeiras obstetras têm uma prática menos intervencionista, isso contribui para que as taxas de intercorrências e transferências sejam baixas e para a segurança do parto e nascimento.

Os principais motivos de intercorrências e transferências no PDP, citados pelas enfermeiras obstetras, estão de acordo com o apresentado pela literatura nacional e internacional. Para as intercorrências foram: hemorragia pós-parto e reanimação neonatal, e para transferências: alteração da frequência cardíaca fetal, do padrão respiratório do recém-nascido e da pressão arterial da gestante, fase latente do trabalho de parto prolongada e solicitação da mulher.

Por não ser integrado ao sistema de saúde brasileiro, o PDP não faz parte do sistema de referência e contra referência, o que implica em dificuldades quando há a necessidade de transferência para o contexto hospitalar, seja da mulher e/ou do recém-nascido, pois não há um fluxo formalizado para essas situações, nem de instituições de saúde e de equipe multidisciplinar de suporte que possam contribuir com essa modalidade de assistência.

Conseqüentemente, a recepção nas instituições de saúde não é adequada. Os profissionais da assistência de PDP (enfermeiras obstetras e/ou médicas obstetras), e as mulheres/casais ou famílias enfrentam regularmente preconceito, tratamento hostil e retaliações por parte dos profissionais dos hospitais.

Apesar do cenário pandêmico e dos desafios que surgiram com ele, como adaptação dos protocolos assistenciais de cada equipe, a substituição ou alternância das consultas de pré-natal e puerperal por teleconsulta, distanciamento físico, uso do EPI, entre outros, as enfermeiras obstetras permaneceram ofertando uma assistência baseada nos princípios da humanização, em evidências científicas e segura para as mulheres e recém-nascidos.

Importante destacar que nesses momentos de crise sanitária, como a pandemia pela COVID-19, as enfermeiras obstetras são fundamentais para que a assistência às mulheres, recém-nascidos e suas famílias seja mantida de acordo com as evidências científicas disponíveis, de forma segura e a partir de suas necessidades, de maneira que seus direitos, conquistados ao longo dos anos e já garantidos, não sejam ameaçados e/ou cerceados.

Embora seja comprovado que o PDP é seguro, reduz a ocorrência de intervenções desnecessárias e traz maior satisfação às mulheres e famílias, essa modalidade ainda não faz parte das políticas públicas de saúde do nosso país, diferentemente do que acontece em países como a Holanda e Canadá.

No Brasil, o PDP permanece sem uma regulamentação específica. A inexistência de políticas públicas para essa assistência, assim como de diretrizes e/ou protocolos a nível nacional, traz diversas repercussões, como: contribui com o preconceito existente por parte da sociedade e de profissionais de saúde; fragiliza e dificulta o seu desenvolvimento pelas enfermeiras obstetras e o seu reconhecimento pelo sistema obstétrico; dificulta a transferência para o contexto hospitalar; bem como o torna inacessível financeiramente à maioria das mulheres brasileiras, entre outras.

Consideramos que os desafios apontados pelas mulheres e enfermeiras obstetras ao longo dessa pesquisa, estão relacionados à invisibilidade do PDP nas políticas públicas do Brasil. O reconhecimento dessas dificuldades possibilita a reflexão sobre estratégias de enfrentamento que possam melhorar e reconhecer essa modalidade de assistência que está em crescimento no nosso país, assim como dar visibilidade ao trabalho das enfermeiras obstetras que são maioria dos profissionais de saúde que atuam nesse cenário.

Esperamos que o aumento do interesse pelo PDP, devido a pandemia, e a exposição das fragilidades do modelo obstétrico atual, possa estimular mudanças nesse sistema que tem sua assistência centrada no médico e no hospital, assim como possa ser considerado como opção a

ser instituída nos serviços públicos de saúde a partir da sua incorporação nas políticas públicas de atenção à saúde materno-infantil, em vista dos benefícios agregados a essa prática.

Portanto, o estudo demonstrou a necessidade de políticas públicas que incluam e considerem a realidade do PDP como modalidade de assistência ao transcurso parturitivo, mesmo que ainda seja um serviço prestado de forma privada, assim como de diretrizes e protocolos que efetivem a sistematização dessa assistência tanto na rede privada, quanto na pública, o que contribuiria para minimizar ou sanar as dificuldades descritas pelas enfermeiras obstetras.

Tivemos algumas limitações durante a construção dessa pesquisa com relação ao seu desenvolvimento ter ocorrido durante a pandemia pela COVID-19, houve dificuldade para conseguir contato com as possíveis participantes do estudo e de realizar a entrevista, também o número reduzido de profissionais que atuam/atuaram com a assistência ao PDP e de mulheres atendidas por essas profissionais, principalmente em Feira de Santana.

Compreendemos que diversos desafios fazem parte do modelo de assistência do PDP. Dessa maneira, entendemos que novos estudos possam contribuir para o desenvolvimento de um projeto de política pública do PDP, haja vista que um dos hospitais públicos de referência para a humanização do parto e nascimento, o Hospital Sofia Feldman, já oferece essa modalidade de assistência e possui resultados positivos.

Sugerimos também a inserção da temática do PDP nas grades curriculares dos cursos de graduação em Enfermagem e Medicina, assim como das pós-graduações em obstetrícia, tanto na modalidade Residência como Especialização, ou a criação de uma formação específica para o atendimento ao PDP, já que a ausência da temática e de uma formação específica para capacitar os profissionais para essa assistência foi um dos desafios apontados pelas enfermeiras obstetras.

Esperamos que a nossa pesquisa possa contribuir para a sensibilização e visibilidade da assistência obstétrica prestada no contexto domiciliar. Despertar reflexões em gestores e profissionais da prática obstétrica acerca da possibilidade de oferta, pelo SUS, da assistência ao transcurso parturitivo no domicílio, bem como motivar o planejamento de ações de melhoria da qualidade do atendimento às mulheres e recém-nascidos em todos os contextos, seja domiciliar ou hospitalar. Está lançado o desafio!

REFERÊNCIAS

ACKER, Justina Inês Brunetto Verruck et al. As parteiras e o cuidado com o nascimento. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 5, p. 647-651, out., 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000500010>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000500010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução normativa - RN nº 465 de 24 de fevereiro de 2021**. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga a Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, a Resolução Normativa – RN nº 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa – RN nº 457, de 28 de maio de 2020 e a RN nº 460, de 13 de agosto de 2020. 2021a. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDaZMw==>. Acesso em: 03 mar. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Atualização o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde - Resumo Executivo**. Tecnologia em Saúde: acompanhamento pré-natal por enfermeiro obstetra ou obstetriz. 2021b. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp81/procedimentos/RE_143_Acompanhamento_pre_natal_enfermeiro_obstetra_ou_obstetriz.pdf. Acesso em: 03 mar. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde: Projeto Parto Adequado - fase 1 / Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, Institute for Healthcare Improvement**. – Rio de Janeiro: ANS, 2016. Disponível em:

[http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_ttotal_parto_adequado.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf). Acesso em: agosto, 2019.

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. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=513089&indexSearch=ID>. Acesso em: 07 jun. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa – RN nº167, de 09 de janeiro de 2007**. Atualiza o Rol de Procedimento de Saúde, que constitui a referência na cobertura assistencial à saúde, contratado após janeiro de 1999, fixa a Atenção à Saúde e dá outras providências, 2007. Disponível em: <http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2016/03/resolucaoans2007-167.pdf>. Acesso em 14 abr. 2020.

AHL, Maria; LUNDGREN, Ingela. Working with home birth – Swedish midwives' experiences. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 18, p. 24-29, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.08.006>. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877575618301691>. Acesso em: 26 ago. 2020.

ALMEIDA, Ana Isabella Sousa; ARAÚJO, Carla Luzia França de. Parir e nascer em casa: vivências de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto domiciliar planejado.

Enfermagem em Foco, [S.l.], v. 11, n. 6, 2020. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n6.3302>. Disponível em:

<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3302>. Acesso em: 30 abr. 2022.

ALMEIDA, Ester Azevedo Razzolini. **Percepção das mulheres sobre a experiência no parto domiciliar planejado**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça. 2018. Disponível em: <https://www.riuni.unisul.br/handle/12345/5638>. Acesso em: 25 ago. 2020.

AMATUZZI, Mauro Martins. Experiência: um termo chave para a Psicologia.

Memorandum: Memória e História em Psicologia, v.13, p. 08- 15. 12 out. 2007.

Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a13/amatuzzi05.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2020.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). **The American College of Obstetricians and Gynecologists Issues Opinion on Planned Home Births**. ACOG, v. 117, p. 425-8, fev., 2011. Disponível em: <http://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/News-Releases/2011/The-American-College-of-Obstetricians-and-Gynecologists-Issues-Opinion-on-Planned-Home-Births>. Acesso em: 24 ago. 2020

ANDERSON, David; DAVISS, Betty-Anne; JOHNSON, Kenneth. What if another 10% of deliveries occurred at home or in a birth center? In: **Birthing Models on the Human Rights Frontier**. New York and London: Routledge, 2021. Disponível em:

https://books.google.com.br/books?hl=en&lr=&id=qdoMEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT186&dq=%0A+Anderson,+D.+B.A.,+%0A+K.C.+Daviss,+and+%0A+Johnson+2021+What+if+Another+10%25+of+Deliveries+Occurred+at+Home+or+in+a+Birth+Center%3F+The+Ec+on+om+ics+and+Pol+it+ics+of+Out-of-Hospital+Births+in+the+United+States.+In+Birthing+Models+on+the+Human+Rights+Frontier.+B&ots=yuNKdbytp1&sig=DP0dMgXV6hPcMNp2PRzdBh2wZo&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 04 fev. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (ABEN). **A Associação Brasileira de Enfermagem solicita revogação da Portaria do Ministério da Saúde Nº 715/2022**. 2022.

Disponível em: https://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2022/04/NOTA_contra_port75-2022.pdf. Acesso em: 05 maio 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRIZAS (ABENFO-NACIONAL). **A Associação Brasileira de Obstetizas e Enfermeiras Obstetizas apoia o CONASEMS E CONASS e repudia a publicação da Portaria do Ministério da Saúde Nº 715/2022**. 2022. Disponível em: <https://abenmg.com.br/wp-content/uploads/2022/04/2-ASSOCIACAO-BRASILEIRA-DE-ENFERMAGEM-OBSTETRICA-APOIA-O-CONASS-E-CONASEMS-E-REPUDIA-A-PUBLICACAO-DA-PORTARIA-715-2022-2.pdf>. Acesso em: 05 maio 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (ABENFO-RJ). **O parto domiciliar em tempos da COVID-19**. 2020. 1 vídeo (2h e 05min). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=_MVECMwJwWs. Acesso em: 11 ago. 2020.

ASSOCIATION OF ONTARIO MIDWIVES (AOM). **Choice of birthplace**: Guideline for discussing choice of birthplace with clients. Toronto: Association of Ontario Midwives, 2015. Disponível em: <https://www.cmo.on.ca/wp-content/uploads/2015/07/AOM-Guideline-on-Choice-of-Birthplace.pdf>. Acesso em: 11 maio 2022.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, Maria Renilda Nery. Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 901-925, dez. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000400002>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 abr. 2020.

BETRAN, A.P. et al. WHO Statement on Caesarean Section Rates. **BJOG.**, v. 123, n. 5, p. 667-670. Abr., 2016. DOI: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13526>. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.13526>. Acesso em: 22 nov. 2022.

BOCKORNI, Beatriz Rodrigues Silva; GOMES, Almiralva Ferraz. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. **Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR**, v. 22, n. 1, p. 105-117, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25110/receu.v22i1.8346>. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/empresarial/article/view/8346/4111>. Acesso em: 06 set. 2022.

BOURGEOIS, Cheryllee et al. Home birth during the COVID-19 pandemic: a viable option for all clients at low risk of complications. **Association of Ontario Midwives, Home Birth & COVID-19**, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://www.midwivesofmississauga.ca/wp-content/uploads/AOM-Choice-of-Birthplace-during-the-COVID-19-Pandemic-April-2020.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 715, de 04 de abril de 2022**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n° 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). 2022a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>. Acesso em: 05 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **COVID-19 no Brasil**. 2022b. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em 12 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Consulta estabelecimento – identificação**, 2022c. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=7934327>. Acesso em: 01 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **NOTA TÉCNICA Nº 2/2021-CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. 2021a.** Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20211211_N_NTPARTODOMICILIAR_6784229184478666706.pdf. Acesso em: 11 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual de recomendações para a assistência a gestante e puérpera frente a pandemia de covid-19** [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 84p, 2021b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_assistencia_gestante_puerpera_covid-19_2ed.pdf. Acesso em: 09 jun. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Informações de Saúde, Estatísticas Vitais: banco de dados. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Nascidos Vivos – Brasil. Nascimento p/resid.mãe por Local ocorrência segundo Região. Período: 2020.** 2020a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 23 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Informações de Saúde, Estatísticas Vitais: banco de dados. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Nascidos Vivos – Brasil. Nascimento p/resid. mãe segundo tipo de parto. Período: 2020.** 2020b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 23 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Informações de Saúde, Estatísticas Vitais: banco de dados. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Nascidos Vivos – Bahia. Nascimento p/resid. mãe por Tipo de parto segundo Município. Município: 291080 Feira de Santana, 292740 Salvador. Período: 2020.** 2020c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvba.def>. Acesso em: 01 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Informações de Saúde, Estatísticas Vitais: banco de dados. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Nascidos Vivos – Bahia. Nascim p/resid.mãe por Local ocorrência segundo Ano do nascimento. Município: 291080 Feira de Santana. Período: 2013-2020.** 2020d. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvba.def>. Acesso em: 01 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Informações de Saúde, Estatísticas Vitais: banco de dados. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Nascidos Vivos – Bahia. Nascim p/resid.mãe por Local ocorrência segundo Ano do nascimento. Município: 292740 Salvador. Período: 2013-2020.** 2020e. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvba.def>. Acesso em: 01 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada.** Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção

Hospitalar, Domiciliar e de Urgência [Internet]. Brasília; 2020f. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf. Acesso em: 27 ago. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde das Mulheres. **NOTA TÉCNICA N° 9/2020, COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS**. Recomendações para o trabalho de parto, parto e puerpério durante a pandemia da covid-19. Brasília, DF: MS; 2020g. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/SEI_MS-0014382931-Nota-Tecnica_9.4.2020_parto.pdf. Acesso em: 09 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 26 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Cadernos HumanizaSUS. Brasília, DF, 2014. Disponível em: https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 02 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-natal de baixo risco**. Brasília. 2012, p39-40. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 05 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha**. Brasília, 2011a. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/MANUAL_PRATICO_MS_IMPLEMENTACAI_REDE_CEGONHA.pdf. Acesso em: 01 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, 2011b. Disponível em: <http://www.ongamigasdoparto.com/2011/10/portaria-n-1459-de-24-dejunho-de-2011.html#more>. Acesso em: 01 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 72 p. 2010. ISBN 978-85-334-1444-0. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 25 fev. 2020.

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

2009a. 300p. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em: 09 abr. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 116 de 11 de fevereiro de 2009**. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html. Acesso em: 14 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=193664>. Acesso em: 01 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir 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 – SUS. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2005b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 01 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2418, de dezembro de 2005**. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2005c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html. Acesso em: 01 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. ISBN 85-334-0781-5 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 14 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. 2004b. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pactopsfinfo22.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização do parto, pré-natal e nascimento**. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. 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. ISBN: 85-334-0355-0. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 985, de agosto de 1999** - Cria o Centro de Parto Normal – CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

Disponível em: <https://saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=309>. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM 2.815 de 29 de maio de 1998** – Parto Normal Sem Distocia Realizado Por Enfermeiro Obstetra. Diário Oficial da República do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 maio. 1998a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2816_29_05_1998.html. Acesso em: 22 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº163, de 22 de setembro de 1998**. Aprova o modelo do laudo de Enfermagem para emissão de autorização de internação hospitalar – AIH. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, de 24 de set. 1998b. Disponível em: <http://www.abenfo.org.br/site/biblioteca/arquivos/outros/Portaria%20163.pdf>. Acesso em: 22 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993** - Normas Básicas para implantação do sistema “Alojamento Conjunto”. Brasília - Brasil: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt1016_26_08_1993.html. Acesso em: 10 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Legislação para o Exercício da Enfermagem, 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm. Acesso em: 07 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Ministério da Saúde. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em: 13 fev. 2020.

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.135-149, jun., 1991. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200002>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 abr. 2020.

CARDOSO, Márcia Regina Gonçalves; OLIVEIRA, Guilherme Saramago de; GHELLI, Kelma Gomes Mendonça. Análise de Conteúdo: uma metodologia de pesquisa qualitativa. **Cadernos da Fucamp**, v.20, n.43, p.98-111. 2021. Disponível em: <http://www.fucamp.edu.br/editora/index.php/cadernos/article/viewFile/2347/1443>. Acesso em: 01 abr. 2022.

CARLOS, Grazielly Alós Valim et al. Perfil dos participantes de um curso de aprimoramento em Enfermagem obstétrica. **REME – Rev Min Enferm.** v. 23, e-1153. 2019. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190006>. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remo.org.br/pdf/1153.pdf>. Acesso em: 05 maio 2022.

CARNEIRO, Rosamaria. Gestar e parir em tempos de COVID-19: uma tragédia anunciada? **Boletim Cientistas Sociais**, São Paulo, n. 29, abr. 2020. Disponível em: <https://anpocs.org/index.php/publicacoes-sp-2056165036/boletim-cientistas-sociais/2343-boletim-n-29-cientistas-sociais-e-o-coronavirus>. Acesso em: 09 jun. 2022.

CASTILHO, Clair. O Sistema Único de Saúde: Filosofia, história e visão panorâmica da atualidade. In: Rede Feminista de Saúde: **A presença da mulher no controle social dos políticos de saúde**. Belo Horizonte. Mazza Edições p.212, 2003.

CASTRO, Cláudia Medeiros. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 69-75, mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500010012>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000100069&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 fev. 2020.

CATLING-PAULL, Christine; DAHLEN, Hannah; HOMER, Caroline. Multiparous women's confidence to have a publicly-funded homebirth: a qualitative study. **Women and Birth**, v. 24, n. 3, p. 122-128, jun., 2011. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.09.001>. Disponível em: [https://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192\(10\)00064-8/fulltext](https://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192(10)00064-8/fulltext). Acesso em: 15 mar. 2020.

CAVALCANTE, Ramaiana de Jesus Gonzaga. **Sentidos de práticas obstétricas na perspectiva fenomenológica heideggeriana**. 2017. 137f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana. 2017.

CEOLIN, Mariéli Aparecida de Melo. **Vivências dos homens que participaram do Parto Domiciliar Planejado de suas companheiras**. 2022. 79f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul. Chapecó, SC. 2022. Disponível em: <https://rd.uffs.edu.br/handle/prefix/5635>. Acesso em: 15 jun. 2022.

CHEYNEY, Melissa et al. Outcomes of care for 16,924 planned home births in the United States: The midwives alliance of North America statistics project, 2004 to 2009. **Journal of Midwifery and Women's Health**, [S. l.], v. 59, n. 1, p. 17–27, 2014. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/jmwh.12172>. Acesso em: 14 mar. 2020.

CINTRA, Nayara Ruiz. **Cursos de Obstetrícia em países da América do Sul: caracterização e análise da estrutura curricular**. 2018. 246f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2018. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-24072019-132840/publico/Nayara_Ruiz_Cintra.pdf. Acesso em: 22 fev. 2021.

COLACIOPPO, Priscila Maria et al. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. III Série, n. 2, p. 81–90, dez., 2010. ISSN 0874-0283. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832010000400009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 mar. 2020.

COLLAÇO, Vania Sorgatto et al. O significado atribuído pelo casal ao parto domiciliar planejado, assistido pelas Enfermeiras Obstétricas da Equipe Hanami. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.26, n.2, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104->

07072017006030015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e6030015.pdf. Acesso em: 25 ago. 2020.

COLLAÇO, Vania Sorgatto et al. Parir e nascer num novo tempo: o cuidado utilizado no puerpério pela Equipe Hanami. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v.20, n. 949. p.1-7, 2016. DOI: 10.5935/1415-2762.20160018. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e949.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2020.

COLLEGE OF MIDWIVES OF ONTARIO. **Guide to the Health Care Consent Act**. Ontário, 2018. Disponível em: <https://www.cmo.on.ca/wp-content/uploads/2018/10/Guide-to-the-Health-Care-Consent-Act-final.pdf>. Acesso em: 18 maio 2022.

COLOSSI, Letícia. **Crítérios de elegibilidade das mulheres para o atendimento ao parto domiciliar planejado**: proposta de um protocolo. 2017. 233 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/188833/PNFR1030-D.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 17 maio 2022.

CONASEMS, CONASS. **Nota conjunta CONASEMS/CONASS: Rede de atenção materno-infantil (RAMI)**. 2022. Disponível em: https://www.conasems.org.br/conasems-e-conasems-de-manifestam-sobre-rede-de-atencao-materna-e-infantil/?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_campaign=conasems-e-conasems-de-manifestam-sobre-rede-de-atencao-materna-e-infantil. Acesso em: 06 maio 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Nota oficial contra o desmonte da Rede Cegonha**. Brasília (DF): COFEN, 2022a. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/conselhos-de-enfermagem-repudiam-desmonte-da-rede-cegonha_97611.html. Acesso em: 06 maio 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Nova caderneta para gestantes contraria evidências e diretrizes do MS – Nota oficial**. Brasília (DF): COFEN, 2022b. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/nova-caderneta-para-gestantes-contraria-evidencias-e-diretrizes-do-ms_98900.html. Acesso em: 12 maio 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Parecer Técnico CN SM/COFEN N° 003/2019 dispõe sobre a Regulação e Prática da Enfermagem Obstétrica no espaço do parto domiciliar planejado**. Brasília (DF): COFEN, 2019. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-tecnico-cnsm-cofen-no-003-2019_74671.html. Acesso em: 12 maio 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **NOTA OFICIAL N° 001/2012/ASCOM**. Brasília (DF): COFEN, 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/nota-oficial-no-0012012ascom_15533.htm. Acesso em: 12 maio 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Por oferecer maior segurança, CFM recomenda partos em ambiente hospitalar**. 2012. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23156:por-oferecer-maior-seguranca-cfm-recomenda-partos-em-ambiente-hospitalar&catid=3:portal. Acesso em: 24 ago. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA (COREN/BA). **PARECER TÉCNICO COREN/BA Nº 023/2015**. 2015. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-n%E2%81%B0-0232015_24433.html#:~:text=Ou%20seja%2C%20como%20n%C3%A3o%20h%C3%A1,changes%20de%20princ%C3%ADpio%20da%20legalidade. Acesso em: 06 jun 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESPÍRITO SANTO (COREN/ES). **Hospital público mineiro comemora um ano de parto domiciliar** [Internet]. Vitória (ES): Coren/ES., 2015. Disponível em: http://www.coren-es.org.br/hospital-publico-mineiro-comemora-um-ano-de-parto-domiciliar_5055.html. Acesso em: 11 maio 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN/SC). **PARECER TÉCNICO COREN/SC Nº 023/CT/201, estabelece normas para o acompanhamento de parto domiciliar planejado**. 2016. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/PT-023-2016-Parto-Domiciliar-Planejado.pdf>. Acesso em: 17 maio 2022.

CORRÊA, Alessandra. Com medo de contágio e hospitais lotados, grávidas optam por parto domiciliar. **Época**, 2020. Disponível em: <https://epoca.globo.com/sociedade/com-medo-de-contagio-hospitais-lotados-gravidas-optam-por-parto-domiciliar-1-24337752>. Acesso em: maio 2020.

CUNHA, Isabela Venturini Ayres et al. Representações sociais de profissionais de saúde da área hospitalar sobre o parto domiciliar planejado. **Rev. Enferm. UFSM - REUFSM**. Santa Maria-RS, v. 11, e66, p. 1-20, 2021. DOI:10.5902/2179769263786. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/231759/001132744.pdf?sequence=1&isAlowed=y>. Acesso em: 14 maio 2022.

CUNNINGHAM, Shayna D. et al. Group prenatal care reduces risk of preterm birth and low birth weight: a matched cohort study. **Journal of Women's Health**, v. 28, n. 1, p. 17-22, 2019. DOI: 10.1089/jwh.2017.6817. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30256700>. Acesso em: 21 maio 2022.

CURSINO, Thaís Peloggia. **Pré-natal coletivo na perspectiva da mulher que busca o parto domiciliar planejado**. 2020. 103 f. Dissertação (Psicologia da Saúde) - Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2020. Disponível em: <http://tede.metodista.br/jspui/handle/tede/2045>. Acesso em: 19 maio 2022.

CURSINO, Thais Peloggia; BENINCASA, Miria. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. **Ciênc. saúde coletiva** Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p.1433-1444, abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.13582018>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401433&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 maio 2020

D'ORSI, Eleonora et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base popular. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 1, 2014.

DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087813>. Disponível em:
<https://www.scielo.org/article/csp/2014.v30suppl1/S154-S168/#>. Acesso em: 30 jun. 2022.

DAVIS-FLOYD, Robbie; GUTSCHOW, Kim; SCHWARTZ David. Pregnancy, Birth and the COVID-19 Pandemic in the United States. **Medical Anthropology**, v.39, n.5, p. 413-427, 2020. DOI: 10.1080/01459740.2020.1761804. Disponível em:
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01459740.2020.1761804>. Acesso em: 10 nov. 2020.

DENIPOTE, Adelita Gonzalez Martinez et al. Parto Domiciliar Planejado no Brasil: onde estamos e para onde vamos? **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, e837986628, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6628>. Disponível em:
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6628/5926>. Acesso em: 08 jun 2022.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascir no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. Sup 1, p.140-153, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00127013>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/YwCMB4CMGHxLtbMtzgnhJjx/?lang=pt#:~:text=As%20mulheres%20foram%20mais%20frequentemente,32%2C7%25%20tiveram%20acompanhante>. Acesso em: 18 jul. 2022.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. **Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal**: a experiência da Maternidade Leila Diniz. 2002. 180 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2002. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5214>. Acesso em: 24 abr. 2020.

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educ. rev.**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, dez., 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.357>. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602004000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 mar. 2020.

ELDER, Heather; ALIO, Amina; FISHER, Susan. Investigating the debate of homebirth safety: a critical review of cohort studies focusing on selected infant outcomes. **Jpn J Nurs Sci.**, v. 13, n. 3, p. 297-308, 2016. DOI: 10.1111/jjns.12116. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26820113/>. Acesso em: 24 ago. 2020.

FAGUNDES, Ana Paula Soares. Parteiras urbanas”: um estudo de caso no município de Cascavel / PR. In: **Anais Eletrônicos do Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women’s Worlds Congress**. Florianópolis, 2017. ISSN 2179-510X. Disponível em:
http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1503435638_ARQUIVO_Artigo-FazendoGenero.pdf. Acesso em: 22 fev. 2021.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Recomendações Febrasgo parte II - Local para o Parto Seguro**. 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/716-recomendacoes-febrasgo-parte-ii-local-para-o-parto-seguro?highlight=WyJwYXJ0byIsImRvbWljaWxpYXJ0byBkb21pY2lsaWFyIl0=>. Acesso em: 24 ago 2020

FEYER, Iara Simoni Silveira; MONTICELLI, Marisa; KNOBEL, Roxana. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 298-305, jun., 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 fev. 2020.

FLEMING, Susan et al. Washington state childbearing women's experiences of planned home births: a heideggerian phenomenological investigation. **The Journal of Perinatal Education**, v. 26, n. 1, p. 10-17, 2017. DOI: 10.1891/1058-1243.26.1.10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1891/1058-1243.26.1.10>. Acesso em: 09 jul. 2020.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; CAMPOS, Claudinei José Gomes; TURATO, Egberto Ribeiro. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 5, set-out, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a25.pdf. Acesso em: 05 fev. 2021.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 jan. 2021.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal; 1989.

FRANK, Tatianne Cavalcanti; PELLOSO, Sandra Marisa. A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 22-29, mar., 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100003>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 fev. 2020.

FREITAS, Gisele Lima de et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 1, n. 2, p. 424-428, 2009. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v11.47053>. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/47053/23082>. Acesso em: 4 mar. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Principais Questões sobre COVID-19 e Boas Práticas no Parto e Nascimento**. 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-covid-19-e-boas-praticas-no-parto-e-nascimento/>. Acesso em: 28 ago. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **APICE ON**. 2017. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/>. Acesso em: 22 nov. 2022.

GIANTAGLIA, Fernanda Nogueira et al. O cuidado de enfermeiras de um programa de residência obstétrica sob o olhar da humanização. **Rev Enferm UFPE [Internet]**, v. 11, n. 5, p.1882-1890, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i5a23337p1882-1891-2017>.

Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23337>. Acesso em: 13 maio 2022.

GRAÇAS, Elizabeth Mendes das. Pesquisa qualitativa e a perspectiva fenomenológica: fundamentos que norteiam sua trajetória qualitativa. **Rev. Min. Enf.**, v. 4, n. ½, p. 28-33, jan./dez., 2000. Disponível em: <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/826/v4n1a06.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2020.

GRAMACHO, Rita de Cássia Calfa Vieira et al. **Protocolo Assistencial da Enfermeira Obstetra no Estado da Bahia**. Salvador, 2014, 92p. Disponível em: <http://ba.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2014/12/Protocolo-Enfermagem-versao-para-impressao.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2019.

GUTSCHOW, Kim; DAVIS-FLOYD, Robbie. The Impacts of COVID-19 on US Maternity Care Practices: A Followup Study. **Front. Sociol.**, v. 6, n. 655401, 2021. DOI: 10.3389/fsoc.2021.655401. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8212572/>. Acesso em: 12 jun. 2022.

HOMER, Caroline et al. The impact of planning for COVID-19 on private practising midwives in Australia. **Women and Birth**, v. 34, n. 1, p. 32-37, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.013>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7510523/>. Acesso em: 12 jun. 2022.

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

HOSHINO, Camilla. **Parto e coronavírus: decisão não deve se basear no medo**. 2020. Disponível em: <https://lunetas.com.br/parto-e-coronavirus-decisao-nao-deve-se-basear-no-medo/> Acesso em: 28 ago. 2020.

HUTTON, Eileen K. et al. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. **EclinicalMedicine – Lancet**, v. 14, p. 59-70, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.07.005>. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(19\)30119-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(19)30119-1/fulltext). Acesso em: 26 maio 2022.

ICKOVICS, Jeannette R. et al. Group Prenatal Care and Perinatal Outcomes: A Randomized Controlled Trial. **Obstetrics & Gynecology**, v.110, 2 Pt 1, p. 330-339, 2007. DOI:10.1097/01.AOG.0000275284.24298.23. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2276878/>. Acesso em: 20 maio 2022.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM). **Women's rights in childbirth must be upheld during the coronavirus pandemic**. 2020. Disponível em: <https://www.internationalmidwives.org/icm-news/women%E2%80%99s-rights-in-childbirth-must-be-upheld-during-the-coronavirus-pandemic.html>. Acesso em: 27 ago. 2020.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNAECOLOGY AND OBSTETRICS (IFGO). Recommendations accepted by the General Assembly at the XIII World Congress of Gynecology and Obstetrics. **Obstet Gynecol Int J**, v. 38, p. 79-80, 1992. Disponível em: [http://www.ijgo.org/article/0020-7292\(92\)90037-J/pdf](http://www.ijgo.org/article/0020-7292(92)90037-J/pdf). Acesso em: 24 ago. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Conheça cidades e estados do Brasil**. 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 01 abr. 2022.

IRINEU, Leila Patrícia de Lima. **Narrativas imagéticas sobre o parto humanizado: uma perspectiva do fortalecimento da autonomia das mulheres**. 2021. 119f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/46531>. Acesso em: 20 maio 2022.

JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa; MODENA, Celina Maria. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]**, v. 26, e3069, p. 01-12, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/rMwtPwWKQbVSzWSjHh45Vq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 maio 2022.

JORGE, Herla Maria Furtado et al. Assistência pré-natal e saúde da mulher: revisão integrativa. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza - CE, v. 28, n. 1, p. 140–148, 2014. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2015.p140>. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2864/pdf>. Acesso em: 4 mar. 2020.

KOETTKER, Joyce Green. **Parto domiciliar planejado assistido por profissional qualificado nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil**. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/172189>. Acesso em: 21 mar. 2020.

KOETTKER, Joyce Green. **Parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras**. 2010. 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/93958/288108.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 21 mar 2020.

KOETTKER, Joyce Green; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; DUFLOTH, Rozany Mucha. Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais. **Rev Esc Enferm USP**, Florianópolis, v. 47, n. 1, p. 15–21, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reusp/v47n1/a02v47n1.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2020.

KOETTKER, Joyce Green; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; KNOBEL, Roxana. Resultado maternos dos partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras da Equipe Hanami no sul do Brasil, 2002-2012. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. 1-11, 2017. DOI: 10.1590/0104-07072017003110015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000100302. Acesso em: 2 mar. 2020.

KOETTKER, Joyce Green et al. Práticas obstétricas nos partos domiciliares planejados assistidos no Brasil. *Rev. Esc. Enferm. USP.*, v. 52, e03371, p. 01-07. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017034003371>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/33NGVhjfXmKhr6b5SgDS6h/abstract/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 12 maio 2022.

KOETTKER, Joyce Green et al. Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. *Rev. saúde pública*, v. 46, n. 4, p. 747–750, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000051>. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400020. Acesso em: 25 fev. 2020

LEAL, Maria do Carmo (Org.) et al. **Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Nascer no Brasil. Sumário Executivo Temático da Pesquisa.** 2014a. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2020.

LEAL, Maria do Carmo et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública*. v. 30 Suppl 1:S, p. 17-47. 2014b. DOI: 10.1590/0102-311X00151513. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gydTTxDCwvmPqTw9gTWFgGd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 maio 2022.

LEÃO, Míriam Rêgo de Castro et al. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n. 8, p. 2395-2400, ago., 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800024>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800024>.

LEDO, Beatriz Cabral et al. Fatores associados às práticas assistenciais ao recém-nascido na sala de parto. *Escola Anna Nery [online]*., v. 25, n. 1, e20200102, p. 01-10. 2021, DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0102>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Ky5RBYkyMTCFL5CWtXmQQrn/?lang=pt&format=html#>. Acesso em: 24 maio 2022.

LESSA, Heloísa Ferreira et al. A opção pelo parto domiciliar planejado: uma opção natural e desmedicalizada. *Rev Fun Care Online*, v. 10, n. 4, p. 1118-1122. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-0361.2018.v10i4.1118-1122>. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6341/pdf_1. Acesso em: 23 jun. 2022.

LESSA, Heloisa Ferreira et al. Informação para a opção pelo parto domiciliar planejado: um direito de escolha das mulheres. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 665-672, set. 2014a. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000930013>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300665&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 fev. 2020.

LESSA, Heloísa Ferreira et al. Relações sociais na opção pelo parto domiciliar planejado: um estudo etnográfico institucional. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 13, n. 2, p. 239-249, 2014b. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4163>. Acesso em: 01 jul. 2022.

LIMA, Aridaia Ribeiro; PEREIRA, Mayara Cândida; FILHO, Iel Marciano de Moraes. Vivência do pré-parto como doula e acadêmica de enfermagem: um relato de experiência. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 2, n. 4, p. 143-149, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4458729>. Disponível em: <http://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/200/312>. Acesso em: 19 jul. 2022.

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/pr84k/pdf/maia-9788575413289.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2020.

MALHEIROS, Paolla Amorim et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 329-337, jun., 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200010>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 fev 2020.

MARQUES, Júlia. Órfãos da COVID-19: veja histórias do Brasil que perde mães. **ESTADÃO**, mar., 2021. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/infograficos/brasil,orfaos-da-covid-19-o-brasil-que-perde-maes,1153565>. Acesso em: 15 mar. 2021.

MATA, Júnia Aparecida Laia da. Enfermagem obstétrica no parto domiciliar planejado: responsabilidade legal e organização do serviço. In: **PROENF: Programa de atualização em enfermagem: saúde materna e neonatal**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2017. p. 75-125. Disponível em: <https://portal.secad.artmed.com.br/artigo/enfermagem-obstetrica-no-parto-domiciliar-planejado-responsabilidade-legal-e-organizacao-do-servico>. Acesso em: 12 maio 2022.

MATÃO, Maria Eliane Liégio et al. A visão médica do parto domiciliar: factível ou utópico? **Rev. enferm. Centro-Oeste Min.** v. 6, n. 2, p. 2147-2155. 2016. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v6i2.983>. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/983/1098>. Acesso em: 09 maio 2022.

MATOS, Greice Carvalho et al. A trajetória histórica de políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. **Rev de Enferm. UFPE on line**. Recife, v. 7, p. 870-878, 2013. DOI: 10.5205/reuol.3934-31164-1-SM.0703esp201307. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11552/13486>. Acesso em: 04 mar. 2020.

MATTOS, Diego Vieira de; VANDENBERGHE, Luc; MARTINS, Cleusa Alves. O enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 10, n. 2, p.: 568-575, fev., 2016. DOI: 10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201625. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>. Acesso em: 09 abr. 2020.

MATTOS, Diego Vieira de; VANDENBERGHE, Luc; MARTINS, Cleusa Alves. Motivação de enfermeiros obstetras para o parto domiciliar planejado. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 4, p.: 951-959, abr., 2014. DOI: 10.5205/reuol.5829-50065-1-ED-1.0804201421. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9765/9895>. Acesso em: 01 maio 2022.

MCDONALDS, Sarah et al. A qualitative descriptive study of the group prenatal care experience: perceptions of women with low-risk pregnancies and their midwives. **BMC Pregnancy And Childbirth**, v. 14, n. 334, p. 01-12, 2014. DOI: 10.1186/1471-2393-14-334. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4262064/>. Acesso em: 21 maio 2022.

MCINTYRE, Meredith. Safety of non-medically led primary maternity care models: a critical review of the international literature. **Aust Health Rev**, v. 36, n. 2, p. 140-147, maio. 2012. DOI: 10.1071/AH11039. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22624633/>. Acesso em: 24 ago. 2020

MELO, Cecília. **A participação do acompanhante da mulher no parto domiciliar planejado**. 2015. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/169291/338997.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 24 ago. 2020.

MENEZES, Paula Fernanda Almeida De; PORTELLA, Sandra Dutra Cabral; BISPO, Tania Christiane Ferreira. A situação do parto domiciliar no Brasil. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 1, n. 1, p. 3–43, 2012. DOI: 10.17267/2317-3378rec.v1i1.38. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/38>. Acesso em: 25 fev. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar., 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 mar. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

MOREIRA, Michelle Araújo et al. “Eu quis parir aqui!”: motivos que levaram parturientes à migração quanto ao local de parto. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 1, p. 121–129, 2017. DOI: 10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201715. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11885/14346>. Acesso em: 16 mar. 2020.

MOREIRA, Rita de Cássia Rocha. **Trilhando o método de investigação em Heidegger – Etapas de análise aplicadas à obstetrícia**. Texto de apoio ao Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, Feira de Santana, 2016.

MOTT, Maria Lúcia. Fiscalização e formação das parteiras em São Paulo (1880-1920). **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 46-53, mar., 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342001000100008>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 abr. 2020.

MUNIZ, Beatriz Maia Vasconcelos; BARBOSA, Ruth Machado. Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência? In: **Anais do Memórias Convención Internacional de Salud Pública**. Cuba Salud, 3-7. dez, 2012 [Internet]. Palacio de las Convenciones de La Habana: Habana; 2012. ISBN 978-959-212-811-8. Disponível em: <http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/view/744/32>. Acesso em: 09 mar 2020.

NAKAMURA-PEREIRA, Marcos et al. Worldwide maternal deaths due to COVID-19: A brief review. **Int J Gynecol Obstet** [Internet], v. 151, ed.1, p. 148-150. 24 jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13328>. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.13328>. Acesso em: 05 mar. 2021.

NASCIMENTO, Luciana de Cássia Nunes et al. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 243-248, fev. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt_0034-7167-reben-71-01-0228.pdf. Acesso em: 25 jul. 2018.

ODENT, Michel. **A cientificação do amor**. 2ª ed. Florianópolis: Saint German, 2002.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Intrapartum care for healthy women and babies: Clinical Guideline**. London: NICE; 2017. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations>. Acesso em: 11 maio 2022.

NOVE, Andrea; BERRINGTON, Ann; MATTHEWS, Zoe. Comparing the odds of postpartum haemorrhage in planned home birth against planned hospital birth: results of an observational study of over 500,000 maternities in the UK. **BMC Pregnancy Childbirth [Internet]**, v. 12, n. 130, 2012. DOI:10.1186/1471-2393-12-130. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3570310/>. Acesso em: 02 jun. 2022.

OLIVEIRA, Patricia Santos de et al. Obstetric nurse and the factors that influence care in the delivery process. **Revista Gaúcha de Enfermagem [online]**, v. 42, n. spe, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.2020-0200>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/ckB5dXLhfQXbBCFvnbjTznb/?format=html&lang=pt#>. Acesso em: 17 jul. 2022.

OLIVEIRA, Thalita Rocha et al. Assistência ao parto domiciliar Planejado: trajetória profissional especificidades do cuidado da enfermeira obstétrica. **Texto contexto – enferm.**, v. 29, e20190182, dez. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0182>. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072020000100381&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 maio 2022.

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira. **O sensível e o insensível na sala de parto: interdiscursos de profissionais de saúde e mulheres**. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de

Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2016. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/580D.PDF>. Acesso em: 4 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em 27 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Organização Mundial da Saúde. Genebra, Suíça, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?ua=1. Acesso em: 22 jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno**. OMS, Tradução de Maria Cristina Comes do Monte - Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evidencias%20cientificas_dez_passos_sucesso_aleitamento_materno.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS, 1996. Disponível em: https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020

OSAWA, Ruth Hitomi; RIESCO, Maria Luiza Gonzales; TSUNECHIRO, Maria Alice. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 5, p. 699-702, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000500020>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000500020. Acesso em: 15 jul. 2020.

PASCOTO, Gabriela dos Santos et al. Dificuldades da assistência ao parto domiciliar na ótica de enfermeiras obstetras. **Rev baiana enferm**. Salvador, v. 34, e36633, p. 01-10. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.36633>. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502020000100334&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 maio 2022.

PEIXOTO, Suzana Macedo. **Métodos não farmacológicos para indução do trabalho de parto: revisão integrativa**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso. (Pós-graduação em Enfermagem Obstétrica sob a forma de Residência) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2019.

PEIXOTO, Suzana Macedo. **Vivência de mulheres acerca da presença do acompanhante no trabalho de parto, parto e puerpério imediato**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana. 2014.

PEPPE, Mariana Vitor. **A assistência puerperal prestada pelas enfermeiras obstetras e/ou obstetras que realizam o parto domiciliar planejado no estado de São Paulo**. 2017. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de

Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017. DOI:10.11606/D.22.2018.tde-29032018-151158. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-29032018-151158/en.php>. Acesso em: 13 maio 2022.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo et al. Percepções das enfermeiras obstetras sobre sua formação na modalidade de residência e prática profissional. **Rev Min Enferm [Internet]** v. 22, e1107, p.01-08, 2018. DOI:<http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180035>. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1243>. Acesso em: 13 maio 2022.

PEREIRA, Marina Fabricio Ribeiro et al. Experiência de mulheres na transferência do parto domiciliar planejado para hospital. **Rev. Rene, Fortaleza**, v. 21, e43948, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20202143948>. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522020000100340&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 maio 2022.

PEREIRA, Ricardo Motta et al. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3517-3524, nov. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.07832016>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103517&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 mar. 2020.

PEREIRA, Simone Barbosa et al. Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. v. 71, suppl 3, p. 1393-1399, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0661>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0661>. Acesso em: 19 maio 2022.

PERIPOLLI, Larissa de Oliveira. **A experiência de mulheres, acompanhantes e enfermeiras obstétricas no parto domiciliar planejado**. 2019. 81f. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Paraná, 2019. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/60848>. Acesso em: 14 jul. 2022.

PRATES, Lisie Alende et al. Being born at home is natural: care rituals for home birth. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. v. 71, suppl 3, p.1247-1256, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0541>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/3Mvp3VxQqT6FNmT4mg4SWhN/?lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2022.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Enarni Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: https://aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php/291348/mod_resource/content/3/2.1-E-book-Metodologia-do-Trabalho-Cientifico-2.pdf. Acesso em: 01 maio 2022.

PROGIANTI, Jane Márcia; MOUTA, Ricardo José Oliveira; SANTOS, Simone Pereira dos. A inserção de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar no Rio de Janeiro (1988-1992). **Revista Eletrônica História da Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 89-104, 2011. Disponível em: <http://www.here.abennacional.org.br/here/vol2num2artigo7.pdf>.

Acesso em: 04 mar 2020.

QUITETE, Jane Baptista. **Atribuindo significados as enfermeiras obstétricas**: uma construção social sob a ótica das usuárias na perspectiva do interacionismo simbólico. 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2015. Disponível em: http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=8674. Acesso em: 14 abr. 2020.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 1, p. 595-602, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500011>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 abr. 2020.

REIS, Thamiza Laureany da Rosa dos et al. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 1, e64677, p. 01-08, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64677>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/W6tHf3txYL75vsf7tc4W4Rj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 maio 2022.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Gerenciando conflitos na enfermagem obstétrica e neonatal interface entre as profissões de obstetrix e de enfermeira na assistência ao parto e nascimento: implicações para o ensino e o exercício profissional. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL. 2009, Teresina. **Anais eletrônicos...** Teresina: Faculdade nacional de medicina, 2013. Não paginado. Disponível em: <http://abenfopi.com.br/vicobeon/MREDONDAS/mlgr.pdf>. Acesso em: 15 jul 2020.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice. Formação profissional de obstetrixes e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 449-459, jul., 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 abr. 2020.

RODRIGUES, Agatha; LACERDA, Lucas; FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira. **Observatório Obstétrico Brasileiro – Covid-19**. (2022). Disponível em: https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br/. Acesso em: 07 set. 2022.

RODRIGUES, Marcela Marinho; MENDONÇA, Angela; GUIRAUD, Fernando Luiz Menezes. Equipes Transdisciplinares e os desafios de uma prática articulada em socioeducação. **Núcleo de Comunicação Institucional – MPPR.**, mar., 2008. Disponível em: <https://crianca.mppr.mp.br/pagina-419.html#>. Acesso em: 14 maio 2022.

ROSSI, A. Cristina; PREFUMO, Federico. Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: a systematic review with meta-analysis. **Eur J Obstet Gynecol and Reprod Biol.** v. 222, p. 102-108, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.01.016>. Disponível em: [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(18\)30024-1/fulltext](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(18)30024-1/fulltext). Acesso em: 10 maio 2022.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG). **Coronavirus (COVID-19) Infection in pregnancy**: Information for healthcare professionals

[Internet], version 13, fev. 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/03/2021-02-19-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy-v13.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2022.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG).

Coronavirus infection and pregnancy: Information for pregnant women and their families [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/coronavirus-pregnancy/covid-19-virus-infection-and-pregnancy/#choices>. Acesso em: 27 ago. 2020.

ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. **Clinical Briefing Sheet – Waterbirth during the COVID-19 Pandemic.** London, 2021. Disponível em:

<https://www.rcm.org.uk/media/5166/waterbirth-in-a-time-of-covid.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2022.

SANDALL, Jane et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 4, n. CD004667., 2016. DOI: 10.1002/14651858.CD004667. Disponível em:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/epdf/full>
Acesso em: 17 abr. 2020.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 2, p. 362–370, 2014. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000200022. Disponível em:

<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3170/2433>. Acesso em: 25 fev. 2020.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Boas práticas em partos domiciliares: perspectiva de mulheres que tiveram experiência de parto em casa. **Revista Eletrônica De Enfermagem**, v. 18, 2016. DOI:

<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.31494>. Disponível em:

<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/31494/21363>. Acesso em: 24 ago. 2020.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Parto domiciliar: compreendendo os motivos dessa escolha. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 875-882, set. 2015a. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015002850014>.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000300875&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 ago. 2020.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Representações sociais sobre o parto domiciliar. **Escola Anna Nery [online]**, v. 19, n. 4, p. 606-613, 2015b. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150081>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/P9sHbLd58PCvf8ZkbvnpRny/?lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2022.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Parto domiciliar: avanço ou retrocesso? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 1, p. 157–160, mar., 2014. DOI: 10.1590/1983-1447.2014.01.41356. Disponível em:

<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/41356>. Acesso em: 04 mar 2020.

SANTANA, Naiara Maria. “Medo do desconhecido” – Atenção às gestantes, parturientes e puérperas no contexto da COVID-19. **Boletim Cientistas Sociais**, São Paulo, n. 29, abr. 2020. Disponível em: <https://anpocs.org/index.php/publicacoes-sp-2056165036/boletim-cientistas-sociais/2343-boletim-n-29-cientistas-sociais-e-o-coronavirus>. Acesso em: 27 ago. 2020.

SANTOS, Érika Veras Martins dos; LIMA, Carlos Bezerra de. Parto domiciliar assistido: abordando a atuação do enfermeiro obstetra. **Temas em Saúde** [Internet] João Pessoa, v. 18, n. 1. p. 192-203, 2018. ISSN 2447-2131. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wpcontent/uploads/2018/04/18110.pdf>. Acesso em: 14 maio 2022.

SANTOS, Luciana Makarevicz et al. Trajetórias de enfermeiras obstetras no atendimento ao parto domiciliar planejado: história oral. **Rev Gaucha Enferm.** v. 42, e20200191., 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200191>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/8rtgMNfGRLZtD7P9Hg7BZCg/?lang=pt>. Acesso em: 01 maio 2022.

SANTOS, Renata de Oliveira Braga dos. **Guerra e parto: uma análise antropológica sobre a humanização do nascimento em Belo Horizonte.** 2016. 222 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2016. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-AQKR3N/1/guerra_e_parto__uma_an_lise_antropol_gica_sobre_o_parto_humanizado_em_belo_horizonte__final_com.pdf. Acesso em: 19 mar. 2020.

SANTOS, Simone Silva et al. Resultados de partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas. **Rev Enferm UFSM**, v. 8, n. 1, p. 129-143, abr., 2018. DOI: <https://doi.org/10.5902/217976922834>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/28345>. Acesso em: 26 ago. 2020.

SARAIVA, Camila Rabelo Coutinho. **Gestar, parir e maternar: o nascimento de um filho mediado pela internet e mídias em Natal/RN.** 2020. 128f. Dissertação (Mestrado em Estudos da Mídia) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/30319/1/Gestarparrimaternar_Saraiva_2020.pdf. Acesso em: 20 maio 2022.

SCARF, Vanessa L. et al. Mapping the trajectories for women and their babies from births planned at home, in a birth centre or in a hospital in New South Wales, Australia, between 2000 and 2012. **BMC Pregnancy Childbirth.** v. 19, n. 1:513, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2584-0>. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2584-0>. Acesso em: 01 jun. 2022.

SCHIMIDT, Christina N.; CORNEJO, Laesha N.; RUBASHKIN, Nicholas A. Trends in Home Birth Information Seeking in the United States and United Kingdom During the COVID-19 Pandemic. **JAMA Netw Open.**, v. 4, n. 5, e2110310, 2021. DOI: [10.1001/jamanetworkopen.2021.10310](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.10310). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8129816/>. Acesso em: 09 jun. 2022.

SILVA, Alexandra Celento Vasconcellos da. **Confiando na experiência**: perspectiva de mulheres que pariram em domicílio acompanhadas por enfermeira obstétrica. 2018. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-965005>. Acesso em: 25 fev. 2020.

SILVA, Elyssandra Oliveira da et al. Experiência da autonomia profissional na assistência ao parto domiciliar por Enfermeiras Obstétricas. **Rev. baiana enferm.**, Salvador, v. 33, e32732, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v33.32732>. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502019000100352&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2022.

SILVA, Lucia Cristina Florentino Pereira da et al. O acompanhante no processo de nascimento: direito da mulher e dever da instituição. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIV, n. 90, jul., 2011. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9949. Acesso em: 09 jan, 2020.

SJÖBLOM, Ingela; IDVALL, Ewa; LINDGREN, Helena. Creating a safe haven-women's experiences of the midwife's professional skills during planned home birth in four nordic countries. **Birth**, Boston, v. 41, n. 1, p. 100–107, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1111/birt.12092>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/birt.12092>. Acesso em: 06 abr. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE; REDE FEMINISTA DE GINECOLOGISTA E OBSTETRAS. **Nota de Repúdio à fala do Secretário da Atenção Primária no lançamento da nova Caderneta para gestantes do Governo Federal**. 11 de maio de 2022. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/nota-de-repudio-a-fala-do-secretario-da-atencao-primaria-no-lancamento-da-nova-caderneta-para-gestantes-do-governo-federal/>. Acesso em: 12 maio 2022.

SOUSA, José Raul de; SANTOS, Simone Cabral Marinho dos. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. **Pesquisa e Debate em Educação**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 1396–1416, 2020. DOI: 10.34019/2237-9444.2020.v10.31559. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/RPDE/article/view/31559>. Acesso em: 1 abr. 2022.

SOUTO, Sandra Patrícia Arantes do; ALBUQUERQUE, Rosemeire Sartori de; PRATA, Ana Paula. Fear of childbirth in time of the new coronavirus pandemic. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, v. 73, n. Suppl 2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0551>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/n335kgkbtL7mhFQfnfYHy9K/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 10 jun. 2022.

SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 21, supl.1, p. 253-256, fev. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100s100014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292021000100253&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 mar. 2021.

SOUZA, Heloisa Regina. **A arte de nascer em casa: um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo.** 2005. 156f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2005. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/101721>. Acesso em: 30 abr. 2020.

SOUZA, Kleyde Ventura et al. Direitos humanos das mulheres no parto frente à pandemia de Covid-19: o que fazer da enfermagem obstétrica. **Cogitare enferm.**, v. 25, e73148, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.73148>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/73148>. Acesso em: 27 ago. 2020.

SOUZA, Natália Rodrigues de et al. Desafios enfrentados por enfermeiros obstetras para a promoção do parto domiciliar na contemporaneidade. **Revista Nursing**, v. 23, n. 268, p. 4654-4659, 2020. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i268p4654-4665>. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/876/981>. Acesso em: 07 maio 2022.

SOUZA, Roberta Mattos; SOARES, Lidia Santos; QUITETE, Jane Baptista. Parto natural domiciliar: um poder da natureza feminina e um desafio para a enfermagem obstétrica. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, v. 6, n. 1, p. 118-131, jan.-mar., 2014. DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n1p118. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2260/pdf_1099. Acesso em: 07 abr. 2020.

SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula; GUALDA, Dulce Maria Rosa. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600004080014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100309&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 ago. 2020.

STOFEL, Natália Sevilha et al. Perinatal care in the COVID-19 pandemic: analysis of Brazilian guidelines and protocols. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online], v. 21, n. Suppl 1 p. 89-98, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/JX7qSMnxfpwzfGc7v9zjGNg/?format=html&lang=pt#>. Acesso em: 11 jun. 2022

STULZ, Virginia M. et al. Midwives providing woman-centred care during the COVID-19 pandemic in Australia: A national qualitative study. **Women and Birth.**, v. 35, n.5, p: 475-783, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.10.006>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519221001785#bib0045>. Acesso em: 10 jun. 2022.

SWEENEY, Siobhan; O'CONNELL, Rhona. Puts the magic back into life: fathers' experience of planned home birth. **Women and Birth.** v. 28, p. 148–153. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871519214001243>. Acesso em: 09 jun. 2020.

TAKEMOTO, Maíra Libertad Soligo et al. The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**. v.151, n.1, p.154-156, out., 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13300>. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.13300>. Acesso em: 10 nov. 2020.

TELES, Liana Mara Rocha et al. Parto com acompanhante e sem acompanhante: a opinião das puérperas. **Cogitare enferm**. v.15, n.4, p. 688-694, out-dez., 2010. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/20366/13527>. Acesso em: 02 mar 2020.

TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v. 10, n 35, p. 01-12, 2015 Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013). Acesso em: 22 maio 2022.

TORNQUIST, Carmen Susana. **Parto e Poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil, 2004**. Tese (Doutorado em Antropologia) - Programa de Pós-graduação em Antropologia Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2004. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/86639/207876.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 24 abr. 2020.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa: construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 5. ed. Petrópolis: Vozes. 2011.

VALINHO, Priscila Braga et al. As dificuldades do parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, e45910716540, p.1-15, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16540>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16540/15025>. Acesso em: 07 maio 2022.

VARGENS, Octavio Muniz da Costa; PROGIANTI, Jane Márcia; SILVEIRA, Anna Carolina Ferreira da. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 339-346, jun., 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000200018>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 abr. 2020.

VEDAM, Saraswathi et al. The canadian birth place study: describing maternity practice and providers' exposure to home birth. **Midwifery**, v. 28, n. 5, p. 600-608, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.011>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613812001118>. Acesso em: 15 mar. 2020.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842/1731>. Acesso em: 20 ago.2020.

VENEZUELA. **Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia** [Internet]. GACETA OFICIAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE

VENEZUELA, Nº 38.668, Caracas, 2007. Disponível em:
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>. Acesso em: 22 maio 2022.

VERHOEVEN, Corine J. M. et al. More home births during the COVID-19 pandemic in the Netherlands. **Birth.**, p. 01-13, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/birt.12646>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/birt.12646>. Acesso em: 09 jun. 2022.

VOLPATO, Franciele et al. Informações que (des)motivam a tomada de decisão das mulheres pelo Parto Domiciliar Planejado. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, v. 74, n. 4, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0404>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/XqwxZS34ppmNWjspynVTt7d/abstract/?format=html&lang=pt#>. Acesso em: 28 jun. 2022.

VOLPATO, Franciele. **Informações que contribuem na tomada de decisão da mulher pelo parto domiciliar planejado**. 2020. 116f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2020. 116f. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/226770>. Acesso em: 17 maio 2022

VOLPATO, Franciele et al. Parto domiciliar planejado no contexto da COVID19: informações para a tomada de decisão. **Texto & Contexto Enfermagem**. 18 maio 2020. p. 1-18. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/496/629>. Acesso em: 27 ago. 2020.

WEBLER, Natália et al. Planned home birth assistance: challenges during the COVID-19 pandemic. **Rev Bras Enferm**. v.75(Suppl 1), e20210083, p. 01-08, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0083>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/FL98mVkPHhy9pGPHdsQRxKq/?lang=en>. Acesso em: 14 maio 2022.

WINCK, Daniela Ries; BRUGGEMANN, Odálea Maria; MONTICELLI, Marisa. A responsabilidade profissional na assistência ao parto: discursos de enfermeiras obstétricas. **Esc Anna Nery.**, v. 16, n. 2, p. 363-370, jun., 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000200022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/M7xc6xFcjmTFvmBqFh6PcVG/?lang=pt>. Acesso em: 01 maio 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard**. 2022a. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 12 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Coronavirus disease (COVID-19): Pregnancy, childbirth and the postnatal period**. WHO. 15 mar. 2022b. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-pregnancy-and-childbirth>. Acesso em: 09 jun. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth**. Geneva, World Health Organization, 2018. ISBN: 978-92-4-155021-5. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215->

eng.pdf;jsessionid=DF67409265E4E8720B49A08EF1DE1EC6?sequence=1. Acesso em: 16 mar. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). More midwives needed to improve maternal and newborn survival. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 91, n. 11, p. 804-805, nov. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.021113>. Disponível em: <https://www.who.int/bulletin/volumes/91/11/13-021113/en/>. Acesso em: 17 abr. 2020

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO**. Geneva, World Health Organization, 2004. ISBN 92 4 159169 2. Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591692/en/. Acesso em: 10 jan 2020.

WU, Joseph; LEUNG, Kathy, LEUNG, Gabriel. Nowcasting and forecasting the potential domestic and international spread of the 2019-nCoV outbreak originating in Wuhan, China: a modelling study. **Lancet. [Internet]**, v. 395, p. 689-697, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30260-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30260-9). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30260-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30260-9/fulltext). Acesso em 27 ago. 2020.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 29, p. 1-11, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e155043.pdf>. Acesso em 24 ago. 2020.

APÊNDICES



APÊNDICE A – Roteiro de entrevista das mulheres

Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS

Autorizada pelo Decreto Federal N° 77.496 de 27/04/76

Reconhecida pela Portaria Ministerial N° 874/86 de 19/12/86

Título do projeto: PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NA ÓTICA DE MULHERES E ENFERMEIRAS OBSTETRAS

Objetivo: Compreender a vivência do parto domiciliar planejado na ótica de mulheres e enfermeiras obstetras.

Entrevista n°: _____ **Data da entrevista:** ____/____/____

Participante: MULHER

PARTE I: CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Nome de escolha: _____

Idade: _____

Naturalidade: _____

Cor auto referida: preta () parda () branca () amarela () indígena () outra _____

Nível de escolaridade: _____ completo () incompleto ()

Profissão/ ocupação: _____

Situação conjugal: _____

Religião: Católica () Protestante () Espírita () Nenhuma () Outra: _____

Renda: (pessoal) _____ (familiar) _____ total: _____

PARTE II: DADOS OBSTÉTRICOS

Número de gestações: _____ Número de partos: _____

Tipo de parto: _____

Número de abortos: _____ Espontâneo () Provocado ()

Número de filhos vivos: _____ Idade: _____ coabitam: Sim () Não ()

Idade gestacional (última gestação): _____ Data provável do parto: _____

Pré-natal: () Sim () Não Número de consultas: _____

PARTE III: QUESTÃO PRINCIPAL:

Fale como foi a assistência domiciliar na sua gestação, parto e puerpério.

ABERTURAS:

- Acolhimento/ apoio dos profissionais de saúde;
- Acompanhante nas consultas e no seu trabalho de parto;
- Escolha do acompanhante;
- Informações e explicações na gestação, parto e pós-parto;
- Posição para parir;
- Respeito à escolha da posição para parir;
- Contato imediato com o(a) filho(a);
- Amamentação na primeira hora após o parto;
- Assistência na primeira semana pós-parto;
- Gestação, parto e puerpério na pandemia do Coronavírus;
- Intercorrências durante a gestação, parto e pós-parto;
- Opinião da família sobre escolha do PDP;
- Motivação para escolher o PDP.



APÊNDICE B – Roteiro de entrevista das enfermeiras obstetras

Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS

Autorizada pelo Decreto Federal N° 77.496 de 27/04/76

Reconhecida pela Portaria Ministerial N° 874/86 de 19/12/86

Título do projeto: PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NA ÓTICA DE MULHERES E ENFERMEIRAS OBSTETRAS

Objetivo: Compreender a vivência do parto domiciliar planejado na ótica de mulheres e enfermeiras obstetras.

Entrevista n°: _____ **Data da entrevista:** ____/____/____

Participante: ENFERMEIRA OBSTETRA

PARTE I: CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Nome de escolha: _____

Idade: _____

Naturalidade: _____

Cor auto referida: preta () parda () branca () amarela () indígena () outra _____

Titulações: _____ Instituição: _____

Tempo de profissão: _____ Tempo de atuação em PDP: _____

Situação conjugal: _____

Religião: Católica () Protestante () Espírita () Nenhuma () Outra: _____

Renda: (pessoal) _____

PARTE II: DADOS OBSTÉTRICOS

Número de gestações: _____ Número de partos: _____

Tipo de parto: _____

Número de abortos: _____ Espontâneo () Provocado ()

Número de filhos vivos: _____ Idade: _____ coabitam: Sim () Não ()

PARTE III: QUESTÃO PRINCIPAL:

Fale sobre a sua vivência em ser enfermeira obstetra e prestar assistência domiciliar à gestação, ao parto e puerpério.

ABERTURAS:

- Práticas assistenciais adotadas;
- Motivação para prestar assistência domiciliar;
- Intercorrências e/ou motivos de transferências para hospital;
- Desafios da assistência domiciliar na gestação, parto e puerpério;
- Procura pela assistência domiciliar durante a pandemia do Coronavírus;
- Assistência ao PDP na pandemia;
- Presença do acompanhante.



APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido – Mulher

Eu, Suzana Macedo Peixoto (pesquisadora responsável e estudante do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da UEFS) e Rita de Cássia Rocha Moreira (pesquisadora colaboradora, doutora em Enfermagem e professora do curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da UEFS), convidamos você para participar da pesquisa PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NA ÓTICA DE MULHERES E ENFERMEIRAS OBSTETRAS, que tem o objetivo de compreender a vivência do parto domiciliar planejado na visão de mulheres e enfermeiras obstetras. Esta pesquisa será importante para possibilitar a construção de conhecimento sobre o tema, a fim de fortalecer e valorizar a assistência ao parto domiciliar planejado. Será realizada uma entrevista que é um encontro entre a pesquisadora e você de forma individualizada, com perguntas baseadas num roteiro que contém questões sobre condições socioeconômicas e a sua vivência no parto domiciliar planejado. As entrevistas serão realizadas em local e horário da sua preferência, sendo que sua identidade não será revelada, você escolherá um nome fictício, sua privacidade será garantida e as informações colhidas serão mantidas em sigilo. Devido ao contexto de pandemia, se você preferir, as entrevistas poderão ser realizadas via WhatsApp ou Google Meet. Como benefícios dessa pesquisa, esperamos contribuir com a construção de conhecimentos sobre a assistência à gestação, parto e pós-parto no contexto domiciliar para despertar reflexões por parte de gestores e profissionais de saúde acerca da possibilidade da oferta pelo Sistema Único de Saúde (SUS) da assistência em domicílio e motivar o planejamento de ações de melhoria contínua da qualidade da assistência ao parto domiciliar. O risco em participar da pesquisa poderá ser o desconforto e o constrangimento em falar da sua individualidade. Portanto, fica garantida a sua liberdade em alterar o depoimento, em interromper a entrevista e recomeçar em outro momento se desejar, ou em desistir de participar em qualquer fase da pesquisa, sem que haja nenhuma punição ou prejuízo. Caso ocorra qualquer dano ou constrangimento em decorrência da participação desta pesquisa, assumimos toda a responsabilidade e você tem o direito de buscar indenização. Informamos que, após sua autorização, será utilizado um gravador para complementar a entrevista e manter o seu depoimento de forma completa. Ao término da pesquisa, a gravação ficará sob nossa responsabilidade e será arquivada juntamente com o relatório final do estudo. Os depoimentos serão utilizados apenas nesta pesquisa e serão arquivados por cinco anos em pendrive nos arquivos do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Saúde da Mulher da UEFS (NEPEM-UEFS). Após esse período serão excluídos. Solicitamos, também, a autorização para que os resultados desta pesquisa possam ser publicados em revistas da área de saúde e apresentados em eventos científicos. Você não terá gastos e nem receberá dinheiro por sua participação nessa pesquisa. Esse TCLE será assinado em duas vias, uma via ficará comigo (pesquisadora responsável) e a outra com você (participante da pesquisa). Caso a entrevista ocorra de forma online, uma via desse TCLE será enviada para seu e-mail após sua confirmação de participação na pesquisa por meio do Google Forms. Será disponibilizada uma cópia do relatório final desta pesquisa na UEFS no setor do Colegiado do Mestrado em Enfermagem e no NEPEM. Se necessário, poderá entrar em contato através do telefone e endereço disponíveis abaixo.

Feira de Santana, ____ de _____ de _____.

Suzana Macedo Peixoto
PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Prof^a. Dra. Rita de Cássia Rocha Moreira
PESQUISADORA COLABORADORA

Participante da pesquisa _____

End.: Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, Módulo 6, NEPEM. Avenida Transnordestina, s/n, Bairro Novo Horizonte. Telefone: (75) 3161-8395.



APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido – Enfermeira Obstetra

Eu, Suzana Macedo Peixoto (pesquisadora responsável e estudante do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da UEFS) e Rita de Cássia Rocha Moreira (pesquisadora colaboradora, doutora em Enfermagem e professora do curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da UEFS), convidamos você para participar da pesquisa PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NA ÓTICA DE MULHERES E ENFERMEIRAS OBSTETRAS, que tem o objetivo de compreender a vivência do parto domiciliar planejado na visão de mulheres e enfermeiras obstetras. Esta pesquisa será importante para possibilitar a construção de conhecimento sobre o tema, a fim de fortalecer e valorizar a assistência ao parto domiciliar planejado. Será utilizada a entrevista para obter os depoimentos a partir de perguntas baseadas num roteiro contendo questões sobre condições socioeconômicas e sua vivência no parto domiciliar planejado. As entrevistas serão realizadas em local e horário da sua preferência, sendo que sua identidade não será revelada, você escolherá um nome fictício, sua privacidade será garantida e as informações colhidas serão mantidas em sigilo. Devido ao contexto de pandemia, se você preferir, as entrevistas poderão ser realizadas via WhatsApp ou Google Meet. Como benefícios dessa pesquisa, esperamos contribuir com a construção de saberes sobre a assistência à gestação, parto e puerpério no contexto domiciliar; dar visibilidade a esse tipo de assistência; despertar reflexões por parte de gestores e profissionais da prática obstétrica acerca da possibilidade da oferta pelo Sistema Único de Saúde (SUS) da assistência em domicílio e motivar o planejamento de ações de melhoria contínua da qualidade da assistência ao parto domiciliar. O risco em participar da pesquisa poderá ser o desconforto e o constrangimento em falar da sua individualidade. Portanto, fica garantida a sua liberdade em alterar o depoimento, em interromper a entrevista e recomeçar em outro momento se desejar, ou em desistir de participar em qualquer fase da pesquisa, sem que haja nenhuma penalização ou prejuízo. Caso ocorra qualquer dano ou constrangimento em decorrência da participação desta pesquisa, assumimos toda a responsabilidade e você tem o direito de buscar indenização. Informamos que, após sua autorização, será utilizado um gravador para complementar a entrevista e manter a sua fala na íntegra. Ao término da pesquisa, a gravação ficará sob nossa responsabilidade e será arquivada juntamente com o relatório final do estudo. Os depoimentos serão utilizados apenas nesta pesquisa e serão arquivados por cinco anos em pendrive nos arquivos do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Saúde da Mulher da UEFS (NEPEM-UEFS). Após esse período serão excluídos. Solicitamos, também, a autorização para que os resultados desta pesquisa possam ser publicados em revistas da área de saúde e apresentados em eventos científicos. Você não terá gastos e nem receberá dinheiro por sua participação nessa pesquisa. Esse TCLE será assinado em duas vias, uma via ficará comigo (pesquisadora responsável) e a outra com você. Caso a entrevista ocorra de forma online, uma via desse TCLE será enviada para seu e-mail após sua confirmação de participação na pesquisa por meio do Google Forms. Será disponibilizada uma cópia do relatório final desta pesquisa na UEFS no setor do Colegiado do Mestrado em Enfermagem e no NEPEM. Se necessário, poderá entrar em contato através do telefone e endereço disponíveis abaixo.

Feira de Santana, ____ de _____ de _____.

Suzana Macedo Peixoto
PESQUISADORA RESPONSÁVEL

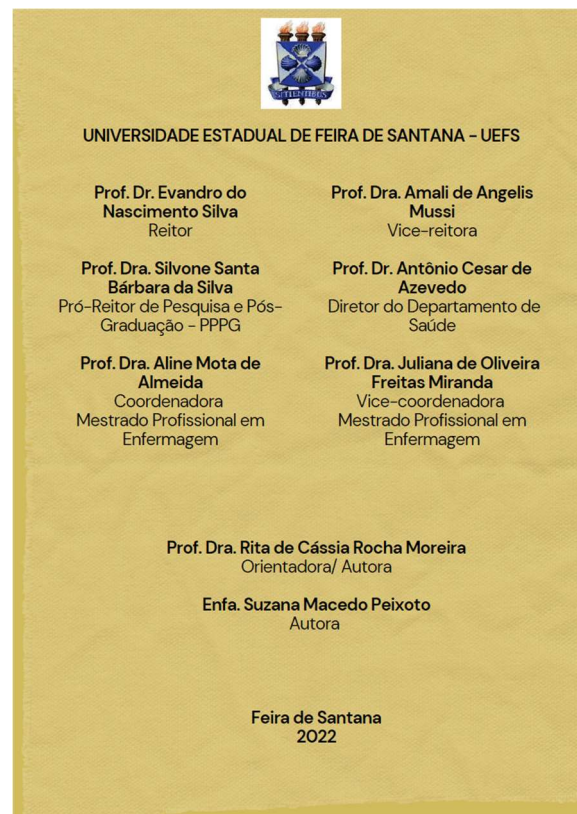
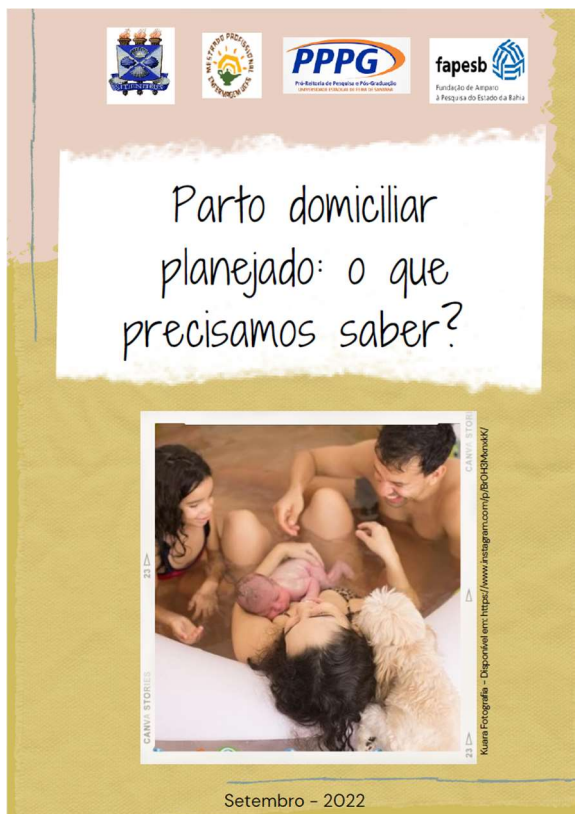
Prof^a. Dra. Rita de Cássia Rocha Moreira
PESQUISADORA COLABORADORA

Participante da pesquisa _____

End.: Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, Módulo 6, NEPEM. Avenida Transnordestina, s/n, Bairro Novo Horizonte. Telefone: (75) 3161-8395.



APÊNDICE E – Cartilha



Título: Parto domiciliar planejado: o que precisamos saber?

As autoras:

Prof^a. Dr^a Rita de Cássia Rocha Moreira

Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual de Feira de Santana (1986), Mestrado (2005) e Doutorado em Enfermagem (2013) pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Especialista em Cuidado Pré-Natal pela UNIFESP. Professora Adjunta do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Membro fundadora do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Saúde da Mulher (NEPEM/UEFS). Pesquisadora na área de Enfermagem com ênfase em Saúde da Mulher, atuando principalmente nos seguintes temas: fenomenologia, Enfermagem, mulher, saúde da mulher, câncer cérvico-uterino, pré-natal e obstetrícia. Integrante da Equipe Editorial da Revista de Enfermagem – UFPE – Online.

Enf^a Suzana Macedo Peixoto

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (2014), especialista em Enfermagem do Trabalho pela UNINTER - Centro Universitário Internacional (2017) e em Enfermagem Obstétrica sob a forma de Residência pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (2019). Cursando Mestrado Profissional em Enfermagem (MPE/UEFS).

Apresentação

Esta cartilha é produto de dissertação construída no Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana-Ba, intitulada **“Parto domiciliar planejado na ótica de mulheres e enfermeiras obstetras”**.

O Mestrado Profissional em Enfermagem da UEFS capacita enfermeiras(os) para o exercício da prática profissional nos diferentes cenários dos serviços de saúde, com embasamento teórico na produção do cuidado e na avaliação de serviços e programas de saúde em Enfermagem para a assistência às populações em risco e vulnerabilidade. Contempla os processos sociais, econômicos e culturais, assim como os saberes clínicos, humanísticos, existenciais, epidemiológicos e sanitários, a fim de possibilitar intervenções em saúde nos diversos âmbitos.

Foi elaborada com o objetivo de oferecer informações sobre parto domiciliar planejado à sociedade, em especial às mulheres, parceiros(as) e familiares para que possam escolher o local de parto com segurança.

Representa uma contribuição social da Universidade Pública às mulheres e famílias que desejam uma opção alternativa para a chegada de um novo ser a este planeta.

1. O que é parto domiciliar planejado?

O parto domiciliar planejado é a assistência que a mulher recebe em seu domicílio durante a gestação (pré-natal), o trabalho de parto, parto e no pós-parto imediato, por profissionais qualificados de livre escolha dessa mulher (KOETTKER, 2010).

Esses profissionais podem ser enfermeira obstetra, obstetrix ou médico obstetra, que devem ser registrados em seu conselho de classe. Além disso, devem garantir uma rede de suporte caso haja necessidade de transferência da mãe ou do recém-nascido (KOETTKER, 2010).

O acompanhamento do pré-natal pela equipe do parto domiciliar pode acontecer simultaneamente ao que é realizado por um médico obstetra (particular ou pelo plano de saúde) ou pela enfermeira e equipe do posto de saúde (VOLPATO *et al.*, 2020).

O pré-natal envolve a avaliação clínica, obstétrica e de exames laboratoriais. Há também a troca de informações, o fortalecimento do vínculo entre equipe, mulher e família. É durante o pré-natal que se realiza o planejamento do parto, além de permitir que a mulher e o parceiro identifiquem suas vontades, potencialidades e medos (VOLPATO *et al.*, 2020).

No pós-parto é realizada também a avaliação clínica da mãe e do recém-nascido. São oferecidas orientações para o casal e sua família, com o objetivo de que todos compreendam os cuidados. De modo individualizado, os profissionais buscam atender às necessidades de cada casal/família (KOETTKER; BRÜGGEMANN; DUFLOTH, 2013).

2. **Como é composta a equipe?**

A equipe de parto domiciliar planejado é composta, no mínimo, por dois profissionais: enfermeira obstetra ou obstetriz ou médico obstetra e uma auxiliar, que pode ser de alguma dessas especialidades citadas ou neonatologista (KOETTKER, 2010; VOLPATO *et al.*, 2020).

A presença de um médico obstetra ou pediatra não é obrigatória, já que as enfermeiras obstetras e obstetrizes são profissionais habilitadas para prestar essa assistência. O pré-natal e a avaliação do pós-parto também fazem parte dos serviços ofertados por essas profissionais.

Além dos profissionais citados, a mulher pode optar por ter também uma doula, que atua desde a gestação até o pós-parto. Essa profissional oferece informações, suporte contínuo e exclusivo para a mulher. Sua presença está associada a diversos benefícios, como conforto e segurança, menor tempo de trabalho de parto, menos dor e medo, redução do uso de medicamentos e intervenções, menor incidência de cesariana e complicações decorrentes, maiores chances de parto vaginal, sucesso na amamentação e conseqüentemente satisfação na experiência do parto (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014).

3. **Quem pode ter um parto domiciliar planejado?**

Toda mulher que tenha uma gestação de risco habitual, ou seja, gestação de um único feto em apresentação cefálica (quando o bebê está com a cabeça para baixo), que entre em trabalho de parto de forma espontânea e com idade gestacional entre 37 e 42 semanas e sem nenhuma doença. Algumas equipes aceitam mulheres que já tenham uma cesariana anterior realizada no mínimo dois anos antes da gestação atual (KOETTKER, 2016).

No nosso país, cada profissional e/ou equipe que presta assistência ao parto domiciliar planejado tem seus critérios para realizar esse tipo de assistência. Mas de forma geral, os profissionais brasileiros seguem as mesmas recomendações da maioria dos protocolos internacionais, pois no Brasil ainda não temos protocolo consolidado como uma diretriz nacional. É durante o pré-natal que a mulher será avaliada pela equipe que vai observar se ela se encaixa ou não nos critérios para ter o parto domiciliar (KOETTKER, 2016).

4. **Por que parir em casa?**

A Organização Mundial da Saúde (1996) afirma que o melhor lugar para parir é onde a mulher se sente segura. Então, se ela tem uma gestação saudável e de risco habitual, ela pode escolher a sua casa para o parto.

As mulheres que escolhem o parto domiciliar planejado buscam um ambiente acolhedor e íntimo para ter o seu/sua filho(a). Buscam uma vivência natural e independente das normas e rotinas das instituições hospitalares, onde podem praticar a sua autonomia e protagonismo (CURSINO; BENINCASA, 2020).

Em casa, a mulher já conhece o local, tem familiaridade e pertence àquele lugar. Ela não precisa se adequar ao ambiente, tem liberdade, privacidade, pode escolher outros acompanhantes (doula, mãe, companheiro, outros filhos, animais de estimação, etc) para estarem presentes e participarem do parto sem nenhuma restrição.

O profissional que prestará o atendimento será aquele de sua escolha, o que favorece uma assistência respeitosa para si e o recém-nascido. Tudo isso facilita sua entrega ao parto, de maneira que a mulher se sente mais à vontade, amparada e segura (CASTRO, 2015; SANFELICE; SHIMO, 2015; KOETTKER, 2016; SANFELICE; SHIMO, 2016; COLLAÇO *et al.*, 2017; SILVA, 2018; ALMEIDA, 2018).

As gestantes que escolhem parir em casa ficam satisfeitas com a experiência do parto, sofrem menos intervenções e apresentam maior chance de ter parto normal do que as que optam pelo parto em hospital (MCINTYRE, 2012; CHEYNEY *et al.*, 2014; CURSINO; BENINCASA, 2020).

Existem, ainda, outros fatores favoráveis ao parto domiciliar planejado: as mulheres têm menos traumas perineais (lacerações), usam menos medicamentos durante o trabalho de parto e pós-parto, têm maiores chances de ter contato pele-a-pele e permanecer com o recém-nascido ao seu lado, assim como de iniciar a amamentação na primeira hora de vida (COLACIOPPO *et al.*, 2010; KOETTKER; BRUGGEMANN; KNOBEL, 2017).

O parto domiciliar planejado favorece a possibilidade de participação do companheiro/pai/irmãos do recém-nascido. Permite uma maneira individualizada de nascimento e promove o fortalecimento da relação entre o casal e toda a família (quando há outros filhos) (COLLAÇO *et al.*, 2017).

Em casa, o pai/companheiro se sente mais livre para participar ativamente de todas as fases do parto e vivenciar plenamente o papel de pai, comparado à sua participação como acompanhante no contexto hospitalar, mesmo com o modelo humanizado (MELO, 2015; KOETTKER, 2016).

O papel de pai é fortalecido com a vivência do homem no parto em casa e por meio da sua inclusão de forma ativa em todo o transcurso do nascimento (SOUZA; GUALDA, 2016).

A casa é um local agradável que estimula a liberdade para a mulher e seus acompanhantes agirem de acordo com suas crenças e padrões, e oferece condições ideais para o nascimento (ALMEIDA, 2018; SANTOS *et al.*, 2018).

5. O parto domiciliar planejado é seguro?

Sim! O parto domiciliar planejado é seguro, mas isso não quer dizer que não existam riscos. Por isso, é indispensável que seja realizado com planejamento e acompanhamento de uma equipe especializada nesse tipo de assistência, com capacidade para tratar emergências e garantir os cuidados necessários e de qualidade para a mãe e o recém-nascido.

Os partos domiciliares planejados possuem riscos semelhantes aos partos normais que ocorrem nos hospitais, com a diferença de que a proporção de mulheres satisfeitas com a experiência do parto é maior em mulheres que pariram em casa. A quantidade de intervenções realizadas no parto domiciliar planejado é menor e isso pode aumentar a segurança do processo, pois quanto mais intervenções, mais riscos. Além disso, as taxas de intercorrências, necessidade de transferência e de cesarianas são baixas (KOETTKER; BRUGGEMANN; KNOBEL, 2017).

Esse modelo de assistência já é consolidado em diversos países, como Holanda, Canadá, Inglaterra, Austrália, Nova Zelândia, entre outros. Apresenta resultados favoráveis para a mãe e o recém-nascido, o que legitima sua prática e contribui para a desconstrução da ideia de que o parto domiciliar oferece maior risco quando comparado ao hospitalar (KOETTKER; BRÜGGEMANN; DUFLOTH, 2013; SANFELICE *et al.*, 2014; SANFELICE; SHIMO, 2014).

6. Em qual local da casa acontece o parto?

O melhor ambiente para a mulher parir é onde ela se sente mais segura e para algumas mulheres, esse lugar é a sua casa. Quanto ao local, a mulher tem total liberdade para decidir

onde irá parir. Não é necessária nenhuma infraestrutura específica. O ambiente precisa estar limpo, mas não esterilizado (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA, 2016).

A mulher será orientada pela equipe sobre o material necessário para essa assistência. São itens simples, como toalhas, fralda de pano para o recém-nascido, sacos de lixo, plástico para forrar a cama ou o sofá, etc. A mulher não deve se preocupar com o material “técnico”, esses são de responsabilidade da equipe.

7. Se acontecer algum problema/ complicação durante o parto domiciliar planejado?

Para a assistência domiciliar, a equipe dispõe de equipamentos e materiais (como aparelho para ouvir os batimentos do coração do feto, oxigênio, medicamentos, soros, fios para sutura, entre outros) para garantir a segurança da assistência e realizar intervenções necessárias se houver intercorrências com a mãe ou com o recém-nascido (KOETTKER; BRÜGGEMANN; DUFLOTH, 2013).

Se acontecer algum problema que não pode ser resolvido em casa, a equipe presta os primeiros cuidados, estabiliza a mulher e/ou o recém-nascido e faz a transferência para o hospital escolhido como referência. No hospital, mãe e/ou recém-nascido serão atendidos pela equipe da instituição ou pelos profissionais que compõem a equipe de parto domiciliar planejado.

É imprescindível que esse plano de transferência (qual o hospital de referência e como será feito o transporte) seja seguro e definido durante o pré-natal.

Vale lembrar que não é necessário ter uma ambulância na porta de casa. O transporte pode ser realizado no carro da família ou por uma ambulância que será contactada na hora.

8. Preciso ir ao hospital após o parto domiciliar planejado?

Não. Todos os cuidados são realizados em casa, tanto para a mãe como para o recém-nascido. Após o parto, a mulher é avaliada e recebe todos os cuidados necessários (KOETTKER; BRÜGGEMANN; DUFLOTH, 2013).

Os profissionais que atendem parto domiciliar planejado são habilitados para realizar os primeiros cuidados ao recém-nascido e as manobras de ressuscitação neonatal, caso necessário. O recém-nascido saudável só precisa ser aquecido e entregue à sua mãe. Posteriormente, ele é avaliado de forma mais detalhada, pesado e medido.

Após os primeiros dias de vida, a equipe realiza visitas para fazer orientações e avaliar mãe e recém-nascido. No entanto, é importante iniciar o acompanhamento do recém-nascido com o pediatra ou a puericultura com a enfermeira do posto de saúde.

9. **Como faço para registrar o bebê nascido de parto domiciliar planejado?**

A equipe de parto domiciliar planejado entrega para a família um documento chamado Declaração de Nascido Vivo (DNV), igual ao que é dado quando o nascimento ocorre no hospital. É com esse documento que a mãe ou o pai irá ao cartório fazer o registro do recém-nascido.

Além de um dos pais, alguns cartórios poderão solicitar a presença de 02 testemunhas que comprovem a gravidez da mãe. Nesse caso, as testemunhas precisam levar documento de identidade (RG ou Carteira de Habilitação) para fazer o registro (ALAGOAS, sd).

10. **É possível ter parto domiciliar planejado pelo SUS?**

Infelizmente, esse tipo de assistência não é realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A mulher que deseja parir em casa precisa contratar uma equipe particular. No entanto, é possível utilizar hospitais do SUS caso haja necessidade de transferência, assim como um hospital conveniado ao plano de saúde.

Os planos de saúde não cobrem esse tipo de assistência e em alguns casos pode-se conseguir o reembolso (HOSHINO, 2020).

Até o momento, o único lugar no Brasil que oferece essa assistência pelo SUS é o Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte-MG.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde. Governo do Estado de Alagoas. **Declaração de Nascido Vivo**. Disponível em: <http://cidadao.saude.al.gov.br/informacoes/declaracao-de-nascido-vivo/>. Acesso em: 23 fev. 2021.

ALMEIDA, Ester Azevedo Razzolini. **Percepção das mulheres sobre a experiência no parto domiciliar planejado**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça. 2018. Disponível em: <https://www.riuni.unisul.br/handle/12345/5638>. Acesso em: 25 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 05 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-natal de baixo risco**. Brasília. 2012, p39-40. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 05 mar. 2021.

CASTRO, Cláudia Medeiros. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 69-75, mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500010012>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000100069&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 fev. 2020.

CHEYNEY, Melissa et al. Outcomes of care for 16,924 planned home births in the United States: The midwives alliance of North America statistics project, 2004 to 2009. **Journal of Midwifery and Women's Health**, [S. l.], v. 59, n. 1, p. 17-27, 2014. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/jmwh.12172>. Acesso em: 14 mar. 2020.

COLACIOPPO, Priscila Maria et al. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. III Série, n. 2, p. 81-90, dez., 2010. ISSN 0874-0283. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832010000400009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 fev. 2021.

COLLAÇO, Vania Sorgatto et al. O significado atribuído pelo casal ao parto domiciliar planejado, assistido pelas Enfermeiras Obstétricas da Equipe Hanami. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.26, n.2, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006030015>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce26-02-e6030015.pdf. Acesso em: 20 fev. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN/SC). **Parecer técnico COREN/SC Nº 007/CT/2016**. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Atua%C3%A7%C3%A3o-do-Enfermeiro-Obst%C3%A9trico-.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2021.

CURSINO, Thais Pellogia; BENINCASA, Miria. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p.1433-1444, abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.13582018>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401433&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 maio 2020

HOSHINO, Camilla. **Parto e coronavírus: decisão não deve se basear no medo**. 2020. Disponível em: 74 <https://lunetas.com.br/parto-e-coronavirus-decisao-nao-deve-se-basear-no-medo/> Acesso em: 23 fev. 2021.

KOETTKER, Joyce Green. **Parto domiciliar planejado assistido por profissional qualificado nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil**. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/78553231.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2021.

KOETTKER, Joyce Green. **Parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras**. 2010. 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/93958/288108.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 22 fev. 2021.

KOETTKER, Joyce Green; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; DUFLOTH, Rozany Mucha. Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais. **Rev Esc Enferm USP**, Florianópolis, v. 47, n. 1, p. 15–21, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a02v47n1.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2021.

KOETTKER, Joyce Green; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; KNOBEL, Roxana. Resultado maternos dos partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras da Equipe Hanami no sul do Brasil, 2002-2012. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. 1-11, 2017. DOI: [10.1590/0104-07072017003110015](https://doi.org/10.1590/0104-07072017003110015). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000100302. Acesso em: 20 fev. 2020.

MCINTYRE, Meredith. Safety of non-medically led primary maternity care models: a critical review of the international literature. **Aust Health Rev**, v. 36, n. 2, p. 140-147, maio. 2012. DOI: [10.1071/AH11039](https://doi.org/10.1071/AH11039). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22624633/>. Acesso em: 24 ago. 2020.

MELO, Cecília. **A participação do acompanhante da mulher no parto domiciliar planejado**. 2015. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/169291/338997.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 24 fev. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS, 1996. Disponível em: https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.pdf. Acesso em: 25 fev. 2021.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Boas práticas em partos domiciliares: perspectiva de mulheres que tiveram experiência de parto em casa. **Revista Eletrônica De Enfermagem**, v. 18, 2016. DOI: <https://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.31494>. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/31494/21363>. Acesso em: 24 ago. 2020.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Parto domiciliar: compreendendo os motivos dessa escolha. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 875-882, set. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015002850014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000300875&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 ago. 2020.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 2, p. 362–370, 2014. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000200022. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3170/2433>. Acesso em: 25 fev. 2021.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Parto domiciliar: avanço ou retrocesso? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 1, p. 157–160, mar., 2014. DOI: 10.1590/1983-1447.2014.01.41356. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/41356>. Acesso em: 21 fev. 2021.

SANTOS, Simone Silva et al. Resultados de partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas. **Rev Enferm UFSM**, v. 8, n. 1, p. 129-143, abr., 2018. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769222834>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/28345>. Acesso em: 21 fev. 2021.

SILVA, Alexandra Celento Vasconcellos da. **Confiando na experiência: perspectiva de mulheres que pariram em domicílio acompanhadas por enfermeira obstétrica**. 2018. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-965005>. Acesso em: 25 fev. 2020.

SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula; GUALDA, Dulce Maria Rosa. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600004080014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100309&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 fev. 2021.

VOLPATO, Franciele et al. Parto domiciliar planejado no contexto da COVID19: informações para a tomada de decisão. **Texto & Contexto Enfermagem**. 18 maio 2020. p. 1-18. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/496/629>. Acesso em: 23 fev. 2021.

APÊNDICE F – Modelo do Quadro Analítico – Mulher

QUESTÃO DE PESQUISA: Fale como foi a assistência domiciliar na sua gestação, parto e puerpério.				
CODINOME	NÚCLEO DE SENTIDOS	UNIDADE DE ANÁLISE	SÍNTESE ANALÍTICA	CATEGORIAS ANALÍTICAS
SARA	<p>[...] Porque parir em casa, no Brasil, ainda, infelizmente, não é barato, não é uma coisa acessível, infelizmente! [...]</p> <p>A gente tem plano de saúde, você paga pelo plano de saúde, ainda tem que desembolsar algo pra ser respeitada. Isso é um absurdo, é uma loucura essa cultura cesarista que a gente tem no Brasil [...]. Meu sonho é que o Brasil seja, se eu não me engano, acho que a Holanda, que o governo paga para as mulheres poderem parir em casa, então meu sonho é que isso se torne realidade aqui no Brasil.</p> <p>[...] as consultas, começavam uma conversa [...] ali eu abria a minha vida pra ela, era quase que um confessorário. [...] Apesar de eu ser a paciente, ele também era o paciente daquele.</p>	<p>[...] Porque parir em casa, no Brasil, ainda, infelizmente, não é barato, não é uma coisa acessível, infelizmente! [...]</p> <p>tem que desembolsar algo pra ser respeitada [...]. Meu sonho é que o Brasil seja, se eu não me engano, acho que a Holanda, que o governo paga para as mulheres poderem parir em casa, então meu sonho é que isso se torne realidade aqui no Brasil.</p> <p>[...] ele (marido) foi muito incluso, em todos os sentidos, todos! Não era só a mulher ali, era o casal. [...] ele foi todo preparado, eu fiz todo um estudo com ele, para ele estar preparado, e foi um acompanhante incrível, surpreendeu não só a mim, mas a todo mundo, pela parceria, apoio, cuidado, paciência, por tudo! Foi</p>	<p>1. As mulheres demonstram insatisfação, criticidade e posicionamento político.</p> <p>2. O modelo de assistência ao PDP inclui o acompanhante em todas as fases do transcurso parturitivo.</p> <p>3. A importância em ter o acompanhante em todo o transcurso parturitivo e o quanto isso contribuiu para uma experiência positiva.</p>	<p>1. Vivência de mulheres que optam pelo Parto Domiciliar Planejado</p> <p>2. Acompanhante no Parto Domiciliar Planejado</p>

	<p>momento. As avaliações físicas também, era com todo o carinho, com todo o cuidado, fazia a gente escutar, fazia ele (marido) participar. Ele foi muito incluso, muito incluso em todos os sentidos, todos! Não era só a mulher ali, era o casal. [...] Então ele foi todo preparado, eu fiz todo um estudo com ele, pra ele estar preparado. E foi um acompanhante incrível. Surpreendeu não só a mim, mas a todo mundo, pela parceria, pelo apoio, pelo cuidado, pela paciência, por tudo, tudo, tudo. Então assim é o que eu falei, foi divino, sabe, foi tudo exatamente como eu idealizei.</p>	<p>divino, foi tudo exatamente como eu idealizei.</p>		
--	---	---	--	--

APÊNDICE G – Modelo do Quadro Analítico – Enfermeira Obstetra

QUESTÃO DE PESQUISA: Fale sobre a sua vivência em ser enfermeira obstetra e prestar assistência domiciliar à gestação, ao parto e puerpério.				
CODINOME	NÚCLEO DE SENTIDOS	UNIDADE DE ANÁLISE	SÍNTESE ANALÍTICA	CATEGORIAS ANALÍTICAS
ROSA	<p>[...] desde a época da graduação, quando eu falava de parto, eu sempre buscava [...] por essa linha da assistência mais humanizada [...] o respeito assim, à escolha da mulher, pra mim foi o que me motivou sabe? [...]</p> <p>[...] uma transferência a pedido da mulher, que ela já tinha algumas horas assim, com dilatação completa, bebê baixo, mas sem puxo espontâneo, sem contração boa [...] aí ela optou por ir pro hospital pra poder usar ocitocina pra estimular a contração [...]</p> <p>[...] Aconteceu qualquer coisa, a culpa é porque foi de parto domiciliar e porque teve assistência de enfermeira, certeza!</p>	<p>[...] Eu sempre buscava por essa linha da assistência mais humanizada [...] o respeito à escolha da mulher foi o que me motivou.</p> <p>[...] Transferência a pedido da mulher, ela já tinha algumas horas com dilatação completa, bebê baixo, mas sem puxo espontâneo, sem contração boa [...] aí ela optou por ir pro hospital pra poder usar ocitocina pra estimular a contração.</p> <p>[...] Aconteceu qualquer coisa, a culpa é porque foi de parto domiciliar e porque teve assistência de enfermeira, certeza!</p>	<p>1. O respeito à mulher como motivação para prestar assistência ao PDP.</p> <p>2. Opção da parturiente como motivo de transferência para o contexto hospitalar.</p> <p>3. Preconceito e desinformação da sociedade em relação ao PDP e à capacidade técnica da Enfermeira obstetra.</p>	<p>1. A vivência da enfermeira obstetra na assistência ao parto domiciliar planejado: motivações e desafios</p> <p>2. Intercorrências e transferências no parto domiciliar planejado: a vivência das enfermeiras obstetras</p>

APÊNDICE H – Justificativa de mudança do método de análise de dados

Feira de Santana-BA, 04 de maio de 2022.

Prezada Prof. Dra. Aline Mota
Coordenadora do MPE/UEFS

Vimos por meio deste, justificar a necessidade de realizar a troca do método de análise de dados da dissertação intitulada: “Parto domiciliar planejado na ótica de mulheres e enfermeiras obstetras” da mestrandia Suzana Macedo Peixoto, que está vinculada ao Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob orientação da Profª Drª Rita de Cássia Rocha Moreira.

O método fenomenológico, escolhido inicialmente, não se adequou a técnica de coleta de dados de forma online, porque era necessário encontro existencial com as participantes, ampliar o diálogo, o que foi dificultado pela entrevista online (modalidade escolhida pela maioria das participantes devido à pandemia).

Tivemos dificuldade para realizar a entrevista fenomenológica já que havia a barreira do distanciamento físico, a qualidade do áudio não se mantinha boa por todo o tempo (ficava baixo, entrecortado), a conexão de internet era perdida, havia dispersão por parte das participantes, entre outros.

Dessa forma, as entrevistas online não permitiram aplicar a fenomenologia, por isso decidimos trocar o eixo filosófico da Fenomenologia Heideggeriana pelo eixo metodológico da Análise de Conteúdo de Bardin. Tivemos muita dificuldade durante a coleta de dados, para conseguir contato com as possíveis participantes do estudo e de realizar a entrevista, mesmo que de forma online, pois as pessoas desmarcavam diversas vezes, o que dificultou e atrasou a finalização da coleta e conseqüentemente a construção da dissertação.

Somado a isso, o número de profissionais que atuam/atuaram com a assistência ao parto domiciliar planejado e de mulheres atendidas por essas profissionais, é reduzido, principalmente, na cidade de Feira de Santana-BA, um dos locais do estudo, o que nos levou a incluir a cidade de Salvador-BA.

Atenciosamente,



Suzana Macedo Peixoto
Mestranda



Profª Drª Rita de Cássia Rocha Moreira
Orientadora

ANEXO

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NA ÓTICA DE MULHERES, FAMILIARES E ENFERMEIRAS OBSTETRAS: estudo fenomenológico heideggeriano

Pesquisador: SUZANA MACEDO PEIXOTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48933421.2.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.041.212

Apresentação do Projeto:

As informações nos itens Apresentação de projeto, objetivo, avaliação de riscos e benefícios foram retiradas do arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1762705.pdf" anexado em 06/09/2021.

Trata-se de retorno de pendência do parecer 4902.386.

Em resumo as pesquisadoras apresentam: "O cenário obstétrico brasileiro ainda é marcado por uma assistência baseada no modelo tecnocrático, biomédico e hospitalocêntrico, caracterizada pela violência institucional e obstétrica, práticas e condutas desumanizadas com excesso de intervenções e desrespeito à autonomia da parturiente, por indesejáveis resultados quanto à mortalidade materna e altas taxas de cesáreas (CASTRO, 2015; LESSA et al., 2014), além da falta de suporte psicoemocional e da inadequação da estrutura física às necessidades de privacidade, conforto e apoio familiar (BRASIL, 2017); e ainda, precárias condições de trabalho as quais os profissionais da saúde estão submetidos (BRASIL, 2010). Diante disso, a procura pelo parto domiciliar planejado (PDP) aumentou e vem sendo procurado por mulheres que se mostram insatisfeitas com o modelo atual da assistência, que buscam a possibilidade da presença familiar, que reivindicam as práticas baseadas em evidências e rejeitam a violência obstétrica, assim como a possibilidade de evitar intervenções desnecessárias e a necessidade de ter mais autonomia e liberdade (FEYER; MONTICELLI; KNOBEL, 2013; MOREIRA et al., 2017; SILVA, 2018). No ano de

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-480
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.041.212

2020, outro motivo que levou as mulheres a pensarem no domicílio como possibilidade de local para o parto, mesmo entre aquelas que nunca cogitaram essa opção, foi a pandemia pelo Coronavírus que provoca a doença COVID-19. Nesse sentido, este estudo terá caráter qualitativo, descritivo. E tem como objetivo compreender a vivência do parto domiciliar planejado na ótica de mulheres, familiares e enfermeiras obstetras na perspectiva fenomenológica heideggeriana".

Critério de Inclusão:

Para as mulheres e familiares, os critérios de inclusão serão: ser maior de 18 anos e possuir computador ou smartphone com acesso à internet, caso as entrevistas precisem acontecer de forma online. Para as enfermeiras obstetras, o critério de inclusão será: ter realizado assistência a 01 parto domiciliar planejado, no mínimo, e possuir computador ou smartphone com acesso à internet, caso as entrevistas precisem acontecer de forma online.

Critério de Exclusão:

Para todas as categorias de participante, o critério de exclusão será: parto ocorrido há mais de 05 anos".

Total de 30 participantes.

Cronograma exequível com coleta de dados prevista para o período de 01 de outubro a 31 de dezembro de 2021, financiamento próprio e contrapartida da Instituição proponente.

Objetivo da Pesquisa:

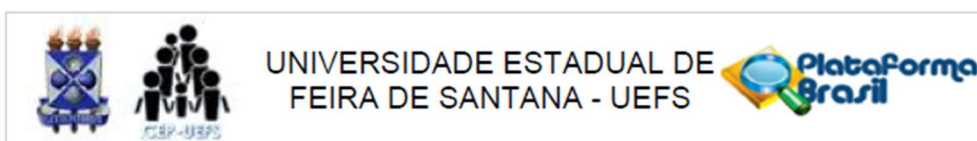
"Objetivo Primário:

Compreender a vivência do parto domiciliar planejado na ótica de mulheres, familiares e enfermeiras obstetras na perspectiva fenomenológica heideggeriana em Feira de Santana-BA

Objetivo Secundário:

Conhecer as práticas das enfermeiras obstetras no contexto domiciliar antes e durante a pandemia da COVID-19; descrever as características sociodemográficas e obstétricas das mulheres e enfermeiras; desvelar a vivência das mulheres, familiares e enfermeiras obstetras na assistência ao parto domiciliar planejado; apresentar as principais intercorrências e/ou motivos de transferência para o contexto nível hospitalar."

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-480
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.041.212

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Por ser uma pesquisa de coleta de depoimentos, os riscos poderão ser: o desconforto e constrangimento em falar da sua individualidade. Se isso acontecer, as participantes poderão interromper a entrevista e recomeçar em outro momento, se desejarem.

Benefícios:

Como benefícios esperados: contribuir com a construção de saberes sobre a assistência à gestação, parto e puerpério no contexto domiciliar; dar visibilidade a esse tipo de assistência; despertar reflexões por parte de gestores e profissionais da prática obstétrica acerca da possibilidade da oferta pelo SUS da assistência em domicílio e motivar o planejamento de ações de melhorias contínuas da qualidade da assistência ao parto domiciliar."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com bom delineamento e suporte bibliográfico, descrição da metodologia de forma clara e atendendo ao solicitado pelas resoluções CNS n466/2012 , 510/2016 e carta ofício circular 02/2021.

Trata o presente parecer de avaliação de retorno de pendências emitido pelo parecer 4902.386. A seguir serão relatadas as pendências e respostas segundo o ofício resposta anexado em 6/9/2021.

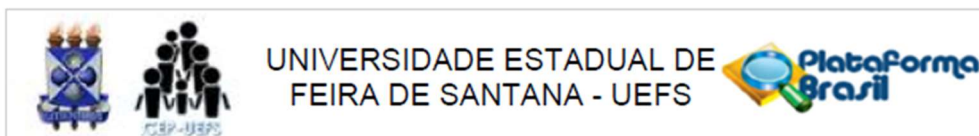
PENDÊNCIA 1 CRONOGRAMA:

a) Ajustar os documentos apresentados, evidenciando o mesmo período de coleta de dados. Ou seja, em TODOS os documentos apresentados, o cronograma deve ser igual.

Destaque extraída da resposta: "Ao realizar o ajuste do cronograma na plataforma, a etapa de encaminhamento ao CEP foi excluída acidentalmente. Dessa forma, pelo fato da plataforma não aceitar a inserção de etapas com data anterior a atual, essa etapa do encaminhamento feita em 27/05/2021 não consta nesse novo envio. Além disso, o site da Plataforma reorganiza a ordem das etapas. Inserir na ordem que está no cronograma que consta nos arquivos "projeto detalhado" e "cronograma", no entanto, o site altera a ordem das etapas".

ANÁLISE E CONCLUSÃO: Observada as alterações e acatada a justificativa/esclarecimento. Pendência atendida

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8124 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.041.212

PENDÊNCIA 2 INSTRUMENTO DE COLETA:

a) Substituir o item "Nome de escolha" por algo mais explícito de que se trata de um recurso para garantir a não identificação dos nomes dos participantes. O CEP preconiza o anonimato, a confidencialidade, sigilo e privacidade dos participantes (Resolução CNS nº 466 de 2012, itens III.2.i e IV.3.e). Sendo assim, os instrumentos de coleta devem conter códigos para identificação dos participantes, e somente o pesquisador responsável descodificá-los.

ANÁLISE E CONCLUSÃO: Observadas as alterações. Pendência atendida

PENDÊNCIA 6: TCLE:

a) Proceder à ajustes apontados:

b) Apresentar a pesquisa de forma convidativa, utilizando linguagem menos formal e mais apropriada ao entendimento dos participantes, como orienta a Resolução 466/12, no item II.23;

c) Descrever objetivo/justificativa/procedimentos metodológicos, conforme guia a Resolução 466/12, no item IV.3, letra a, não esquecendo dos três grupos de participantes envolvidos neste empreendimento científico;

d) Substituir o termo "cópia" por "via", como já mencionado.

e) Informar aos participantes o direito de BUSCAREM indenização caso ocorram danos causados pela pesquisa, segundo Resolução 466/12, no item IV.3, letra h e na Resolução 510/2016, Capítulo IV § 2º e Capítulo III, Art. 9º VI.

ANÁLISE E CONCLUSÃO: Observadas as alterações. Pendências atendidas

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatórios foram avaliados em parecer anterior. Quanto a esta avaliação foram apreciados os roteiros de entrevista dos familiares e das mulheres; TCLE enfermeiras, familiares e mulheres

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PROJETO APROVADO

Após o atendimento das pendências, o Projeto está aprovado para execução, pois atende aos

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.041.212

princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme norma operacional 001/2013 e a Resolução nº 466/12 e 510/2016 (CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12 e 510/2016 e da norma operacional 001/2013. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12 e Cap II da Res 510/2016. Relembro que conforme institui a Res. 466/12 e 510/2016, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1762705.pdf	06/09/2021 16:08:16		Aceito
Outros	Oficio.docx	06/09/2021 16:04:46	SUZANA MACEDO PEIXOTO	Aceito
Outros	Roteiro_de_entrevista_das_enfermeiras_obstetras.docx	06/09/2021 16:02:15	SUZANA MACEDO PEIXOTO	Aceito
Outros	Roteiro_de_entrevista_dos_familiares.docx	06/09/2021 16:02:03	SUZANA MACEDO PEIXOTO	Aceito
Outros	Roteiro_de_entrevista_das_mulheres.docx	06/09/2021 16:01:37	SUZANA MACEDO PEIXOTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Enfermeiras_obstetras.docx	06/09/2021 16:00:23	SUZANA MACEDO PEIXOTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Familiares.docx	06/09/2021 16:00:16	SUZANA MACEDO PEIXOTO	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_Mulheres.docx	06/09/2021	SUZANA MACEDO	Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8124 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.041.212

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Mulheres.docx	16:00:05	PEIXOTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.docx	06/09/2021 15:59:52	SUZANA MACEDO PEIXOTO	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	06/09/2021 15:59:39	SUZANA MACEDO PEIXOTO	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	06/09/2021 15:59:27	SUZANA MACEDO PEIXOTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_da_instituicao.docx	29/06/2021 15:28:35	SUZANA MACEDO PEIXOTO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisadora_Rita.pdf	29/06/2021 15:28:10	SUZANA MACEDO PEIXOTO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_do_pesquisador.docx	18/06/2021 14:59:27	SUZANA MACEDO PEIXOTO	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	18/06/2021 13:57:50	SUZANA MACEDO PEIXOTO	Aceito

Situação do Parecer:

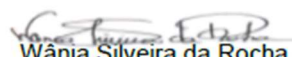
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 16 de Outubro de 2021

Assinado por:
JEAN MARCEL OLIVEIRA ARAUJO
 (Coordenador(a))


 Wânia Silveira da Rocha
 Coordenadora
 09/09/2022

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8124 E-mail: cep@uefs.br