

Artigo Original

Reinicke R, Batista BD, Schmalfluss JM, Bressan RP

Partos domiciliares planejados ocorridos em Joinville: perfil epidemiológico das mulheres e desfechos maternos e neonatais

Rev Gaúcha Enferm. 2023;44:20220048

doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220048.pt>

Partos domiciliares planejados ocorridos em Joinville: perfil epidemiológico das mulheres e desfechos maternos e neonatais

Planned home birth occurred in Joinville: epidemiological profile of women and maternal and newborn outcomes

Partos planificados en casa ocurridos en Joinville: perfil epidemiológico de la mujer y resultados maternos y neonatales

Rafaela Reinicke^a <https://orcid.org/0000-0002-3472-9487>

Bruna Daniela Batista^a <https://orcid.org/0000-0002-8255-4052>

Joice Moreira Schmalfluss^b <https://orcid.org/0000-0002-0293-9957>

Rosimeire Pereira Bressan^a <https://orcid.org/0000-0003-4492-9957>

^aMaternidade Darcy Vargas (MDV). Joinville, Santa Catarina, Brasil.

^bUniversidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Curso de Graduação em Enfermagem. Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

Como citar este artigo:

Reinicke R, Batista BD, Schmalfluss JM, Bressan RP. Partos domiciliares planejados ocorridos em Joinville: perfil epidemiológico das mulheres e desfechos maternos e neonatais. Rev Gaúcha Enferm. 2023;44:20220048. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220048.pt>

RESUMO

Objetivo: Identificar o perfil epidemiológico de mulheres que optaram pelo parto domiciliar planejado em um município localizado no norte de Santa Catarina e apresentar os principais desfechos maternos e neonatais.

Método: Pesquisa quantitativa, transversal, com coleta de dados retrospectiva e documental, realizada em 66 prontuários de mulheres que tiveram parto domiciliar planejado de janeiro de 2012 a março de 2020, em Joinville. Os dados foram organizados em tabelas e analisados de maneira descritiva.

Resultados: As mulheres que optaram pelo parto domiciliar planejado têm média de 31 anos de idade, são, majoritariamente, brancas, casadas, com ensino superior completo, multigestas, planejaram a gestação e realizaram o pré-natal adequadamente. Os desfechos maternos e neonatais foram positivos, com baixa taxa de transferência, sendo nenhuma neonatal, e nenhum caso de morbidade materna.

Conclusão: As evidências constatadas demonstraram-se satisfatórias para a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança.

Palavras-chave: Parto domiciliar. Parto humanizado. Enfermagem obstétrica. Enfermagem baseada em evidências. Saúde materno-infantil.

ABSTRACT

Objective: To identify the epidemiological profile of women who opted for planned home birth in a city in the north of Santa Catarina and to present the main maternal and neonatal outcomes.

Method: Quantitative, cross-sectional research, with retrospective and documentary data collection carried out in 66 medical records of women who had planned home births from January 2012 to March 2020, in Joinville. The data were organized in tables and analyzed in a descriptive way.

Results: The women who opted for planned home birth have a mean age of 31 years, are mostly white, married, with higher education, multiparous, planned pregnancy and performed prenatal care properly. Maternal and neonatal outcomes were positive, with low transfer rates, none being neonatal, and no cases of maternal morbidity.

Conclusion: The evidence found proved to be satisfactory for the implementation of a new model of health care for women and children.

Keywords: Home childbirth. Humanizing delivery. Obstetric nursing. Evidence-based nursing. Maternal and child health.

RESUMEN

Objetivo: Identificar el perfil epidemiológico de las mujeres que optaron por el parto domiciliario planificado en un municipio del norte de Santa Catarina y presentar los principales desenlaces maternos y neonatales.

Método: Investigación cuantitativa, de corte transversal, con recolección de datos retrospectiva y documental, realizada en 66 historias clínicas de mujeres que tenían parto domiciliario planeado de enero de 2012 a marzo de 2020, en Joinville. Los datos fueron organizados en tablas y analizados de forma descriptiva.

Resultados: Las mujeres que optaron por el parto domiciliario planificado tienen una edad promedio de 31 años, son en su mayoría blancas, casadas, con estudios superiores, multiparidad, embarazo planificado y realizaron el control prenatal adecuadamente. Los resultados maternos y neonatales fueron positivos, con bajas tasas de transferencia, ninguna neonatal y ningún caso de morbilidad materna.

Conclusión: La evidencia encontrada resultó satisfactoria para la implementación de un nuevo modelo de atención a la salud de la mujer y el niño.

Palabras clave: Parto domiciliario. Parto humanizado. Enfermería obstétrica. Enfermería basada en la evidencia. Salud materno-infantil.

INTRODUÇÃO

O processo do parto e nascimento, há muito tempo, foi considerado um evento pessoal, cercado de pessoas de confiança da gestante, como familiares e parteiras. Com o advento da medicina e as transformações científicas, este cuidado foi modificado e, aos poucos, substituído por um modelo tecnocrático de assistência, no qual o corpo da mulher passou a ser visto como um objeto e o parto como um evento perigoso e patológico. Este modelo resultou na institucionalização do parto, com a utilização de práticas intervencionistas, muitas vezes, realizadas sem critério e/ou indicação científica, transformando o contexto obstétrico em um cenário de violências⁽¹⁾.

O parto passou a ser oferecido nas instituições hospitalares com o objetivo de diminuir as mortes maternas e neonatais, além de proporcionar maior higiene e aprendizado prático para profissionais médicos que iniciavam no atendimento obstétrico⁽²⁾. Entretanto, o uso abusivo e desnecessário de procedimentos e tecnologias, a assistência obstétrica violenta e o aumento alarmante das taxas de cesáreas, têm contribuído para desfechos maternos e neonatais indesejados. Nesse contexto, a fim de modificar este cenário, surgiram ações de humanização do parto, apoiadas e incentivadas pelo Ministério da Saúde (MS)⁽¹⁾.

Uma destas iniciativas foi marcada pela criação da Rede Cegonha, cujo objetivo principal foi reduzir a mortalidade materna e infantil, por meio da implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com foco no parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero a 24 meses; garantindo acesso, acolhimento e resolutividade. Assim, assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gestação, no parto e no puerpério, e garantir à criança o direito ao nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudáveis⁽³⁾.

Nesse contexto, a inserção da Enfermagem Obstétrica no cuidado surgiu após a compreensão do uso irracional das tecnologias, por meio de movimentos sociais e instituições de saúde, na década de 1980, com o objetivo de transformar a atenção ao parto em um modelo centrado na mulher, em seu protagonismo e autonomia, com a utilização de práticas baseadas em evidências científicas e benéficas. Ressalta-se que enfermeiras obstetras são consideradas profissionais qualificadas para atender ao parto normal^(1,4).

Diante do exposto, reconhece-se a importância dos avanços científicos e tecnológicos nos últimos anos, todavia reflexiona-se para o resgate do modelo histórico de parturição e nascimento, considerando o ambiente domiciliar como adequado para o parto fisiológico. A enfermeira obstetra despontou, então, nesse cenário, auxiliando na ascensão do parto domiciliar planejado (PDP), que passou a se apresentar como uma opção concreta para resgatar o parto natural, perante o reconhecimento de uma atuação profissional competente⁽¹⁾.

O PDP trata-se de uma modalidade de parto e nascimento que ocorre em ambiente domiciliar, de forma planejada e intencional, a partir de uma assistência prestada por profissionais qualificados que utilizam diversos recursos materiais adequados⁽²⁾, diferente do parto que acontece no domicílio de forma acidental e desassistida.

Nesse ambiente de cuidado, as enfermeiras obstetras utilizam técnicas favoráveis à evolução fisiológica do parto e nascimento, aplicam condutas não farmacológicas de alívio da dor na parturiente e consideram as práticas de humanização recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Estas profissionais vêm exercendo papel fundamental na atenção

ao parto e nascimento, com a utilização das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, bem como respeito a práticas comuns adotadas na condução do parto normal, desenvolvida pela OMS, desde 1996⁽¹⁾ e até hoje difundidas no contexto da humanização do parto e nascimento.

No entanto, apesar dos movimentos nacionais e internacionais e das iniciativas do MSe da OMS, observa-se um predomínio de intervenções na atenção ao parto e nascimento com a ocorrência de violências nas maternidades hospitalares, descaracterização das mulheres, desconsideração da sua autonomia, com consequentes altas taxas de operações cesarianas e de morbimortalidade materna e perinatal⁽⁵⁾. Em vista disso e buscando uma assistência respeitosa e individualizada, muitas mulheres têm optado pelo PDP como alternativa e possibilidade de uma assistência que facilite seu protagonismo. Neste modelo de assistência, o parto acontece no domicílio da gestante e é atendido por profissionais qualificadas, que costumam ser enfermeiras obstetras. No entanto, em um país onde 98% dos partos acontecem em hospitais, erroneamente e de forma frequente o PDP costuma ser associado à falta de recursos econômicos e dificuldade de acesso das mulheres aos serviços de saúde⁽⁶⁾.

Esta modalidade de parto e nascimento é considerada recente e, devido a mitos e desafios que permeiam a humanização da assistência, a produção nacional é limitada nesta área⁽⁷⁾. Em países desenvolvidos, a prevalência do PDP varia, chegando a 11,3% na Nova Zelândia, 2,8% na Inglaterra e 1% na Austrália. Já na Holanda, 62,7% das mulheres planejaram seus partos no domicílio⁽⁸⁾. Motivo pelo qual o âmbito internacional possui mais estudos publicados sobre o tema, com evidências que sustentam a segurança do PDP.

No Brasil, o PDP está em expansão e o melhor ambiente para o parto é o lugar em que a mulher se sente segura. A recusa em submeter-se a um atendimento obstétrico intervencionista e violento tem levado à escolha do domicílio como lugar apropriado para o parto e nascimento. Mulheres e seus parceiros têm dedicado esforços para defenderem esse direito de escolha e terem seus desejos e necessidades respeitados e, muitas vezes, devido à falta de diretrizes que abranjam o tema em nosso país, casais sentem-se isolados e desamparados e são tratados como clandestinos⁽⁶⁾. Tais fatos corroboram fortemente para a necessidade de salientar a importância desta modalidade de parto e nascimento, bem como avançar e dar visibilidade ao tema, investindo em mais estudos e pesquisas para desmistificar o PDP e qualificar a assistência direta e indireta ao parto e nascimento⁽²⁾.

Aliado ao exposto, salienta-se que o PDP é uma realidade para poucas no Brasil, mas os estudos existentes relacionados ao tema apontam para resultados positivos quando

comparados a outras formas de assistência, além de satisfação unânime⁽⁷⁾ das mulheres que o vivenciam. No domicílio, esse público costuma apresentar altas taxas de parto normal, liberdade de escolha em relação à posição, baixos níveis de intervenções obstétricas e de transferências antes e após o parto⁽⁸⁾.

Visando conhecer mais sobre esse tipo de assistência domiciliar, surgiu a seguinte questão de pesquisa: quem são as mulheres que optam pelo PDP e quais foram os desfechos dos seus partos e nascimentos? O objetivo desta pesquisa foi identificar o perfil epidemiológico de mulheres que optaram pelo PDP em um município localizado no norte de Santa Catarina e apresentar os principais desfechos maternos e neonatais.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, com coleta de dados retrospectiva e documental, realizada em prontuários de assistência de Enfermagem Obstétrica, no período de junho a novembro de 2021.

Os critérios de inclusão foram: mulheres que optaram pelo PDP na cidade de Joinville, Santa Catarina, de janeiro de 2012 a março de 2020. Esse período de coleta se deu em virtude do tempo de atuação das duas equipes que disponibilizaram os prontuários para a pesquisa. Os critérios de exclusão foram: mulheres que não desencadearam o trabalho de parto sob acompanhamento das equipes e mulheres transferidas para o ambiente hospitalar antes do parto.

Os dados coletados foram fornecidos por duas equipes que prestam assistência ao PDP em Joinville, cidade localizada na região sul do Brasil, no norte do estado de Santa Catarina. Uma das equipes é atuante desde o ano de 2012 até o cenário atual na região. A outra equipe iniciou os atendimentos no ano de 2016 e encerrou suas atividades em 2020. Ambas são compostas por enfermeiras obstetras e contém prontuários estruturados próprios, sendo que estes ficam armazenados em formato físico, sob responsabilidade de cada uma.

Ressalta-se que não foi realizado cálculo amostral, uma vez que todos os prontuários dos partos ocorridos em Joinville e referentes ao período de atuação das duas equipes foram incluídos no estudo.

Os prontuários da equipe ainda atuante são compostos por: ficha de acompanhamento pré-natal, ficha de acompanhamento pós-parto, histórico do recém-nascido (RN), histórico do parto e partograma do Centro Latino Americano de Perinatologia (CLAP) modificado. Já os prontuários da outra equipe são compostos por: ficha de pré-natal, histórico de

acompanhamento pré-natal para o parto domiciliar, histórico do trabalho de parto, termo de consentimento informado e esclarecido para o PDP e partograma do CLAP modificado.

As fichas de acompanhamento pré-natal contêm os dados pessoais da gestante, seus antecedentes familiares, os antecedentes próprios de saúde, os dados obstétricos, os dados da gestação atual, os exames laboratoriais e os resultados das ultrassonografias obstétricas.

O histórico do parto possui os dados relacionados à chegada ao domicílio, tais como: data, hora, quem atendeu, condições em que se encontrava a gestante e pessoas presentes. Também contém informações sobre a hidratação, alimentação e eliminações da gestante, bem como anotações do exame físico realizado, incluindo características dos mamilos, do abdômen, dos membros superiores e inferiores. Constam dados sobre o exame obstétrico e as perdas vaginais como tampão mucoso, bolsa rota, características do líquido amniótico, do colo do útero, da apresentação fetal e do plano De Lee. Também apresenta as percepções dolorosas e emocionais da gestante, como dor e ansiedade e os cuidados de Enfermagem realizados ao longo da assistência do trabalho de parto e parto. Essa parte do prontuário também possui informações relacionadas ao parto, como data e hora, se a parturiente foi encaminhada ao hospital e o motivo, a posição de parto, presença ou não de laceração e grau, se houve sutura, se o período expulsivo foi prolongado e se havia circular de cordão.

O partograma apresenta informações a respeito da identificação da parturiente, data e hora de sua abertura, idade da mulher, paridade, data da última menstruação (DUM), idade gestacional (IG), dinâmica uterina, dilatação cervical, métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados, sinais vitais e batimento cardíaco fetal (BCF).

Dados relacionados à dequitação placentária consideram hora da expulsão da placenta, mecanismo de desprendimento, seu peso, comprimento e inserção do cordão umbilical, tempo de pulsação do cordão, presença do globo de segurança de Pinard, tônus uterino, localização do útero em relação à cicatriz umbilical e características dos lóquios. Também constam anotações relacionadas aos sinais vitais, à pressão arterial, à frequência cardíaca, à frequência respiratória e à temperatura materna.

Nas fichas do RN, apresentam-se informações relacionadas ao seu nome e nome da mãe, dia e hora do nascimento, escala de apgar, primeira pega ao seio materno, sucção e amamentação logo após o nascimento, tempo da mamada, tipo de pega, medidas antropométricas, sinais vitais, resultados do primeiro exame físico (céfalo podálico) e o valor do capurro somático.

As fichas de acompanhamento pós-parto mediato possuem a identificação da puérpera, do pai e do RN, bem como as informações referentes às visitas realizadas no primeiro,

terceiro e décimo dia pós-parto, sendo elas: data, hora, enfermeiras que realizaram a visita, principais queixas da puérpera, seu estado geral e seus sinais vitais, avaliação das mamas, da amamentação, do períneo e do lóquios, estado geral do RN e seus sinais vitais, sinais de icterícia, estado do coto umbilical e orientações prestadas pela equipe.

Após a realização da coleta de dados dos prontuários, as informações coletadas foram digitadas no programa *Microsoft Office Excel*, onde foram tabuladas e analisadas por meio de mensuração formal, resultando no perfil das mulheres que tiveram PDP em Joinville, permitindo, também, a análise dos desfechos maternos e neonatais.

A planilha do programa *Microsoft Office Excel* continha os seguintes dados para análise: da mulher - idade, estado civil, escolaridade, número de consultas pré-natal realizadas, paridade, idade gestacional no dia do parto, posições adotadas durante o trabalho de parto, métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados, grau de laceração (quando existente) e necessidade de sutura; do RN - apgar, capurro, peso, se houve transferência para o hospital e o motivo.

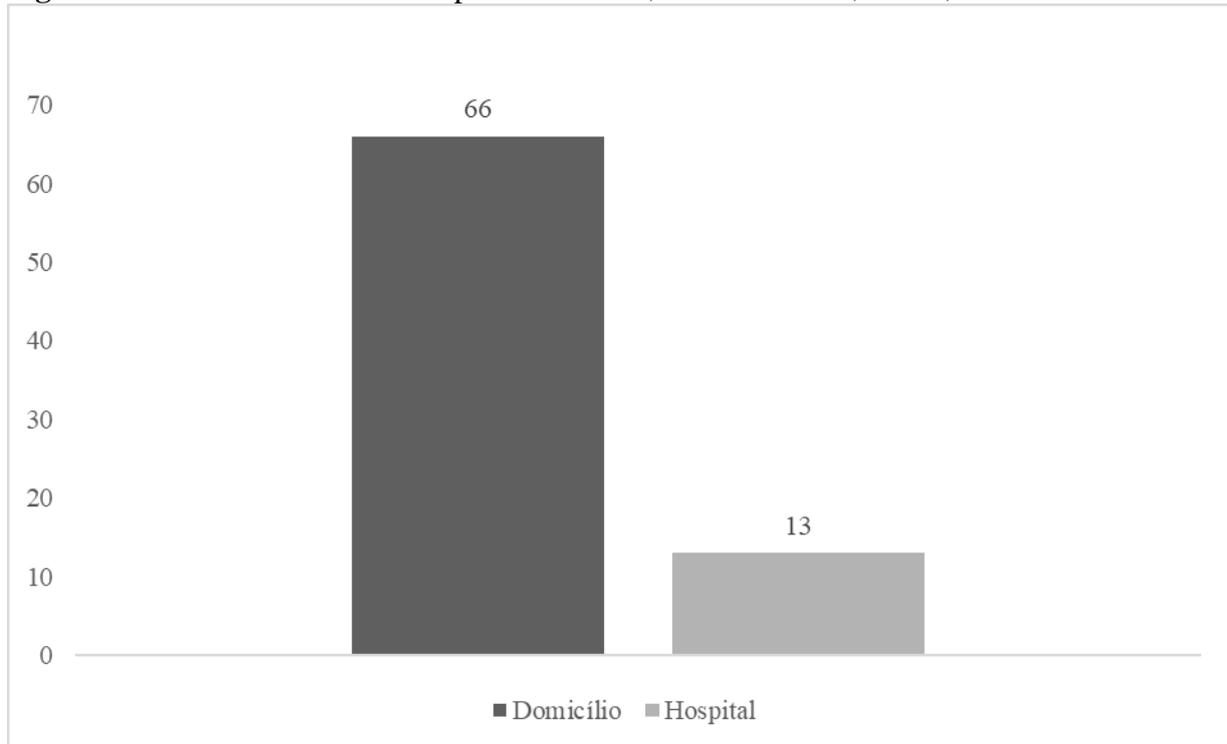
Durante a atuação das equipes, seus prontuários passaram por períodos de reformulações e, por este motivo, algumas informações não foram encontradas, estando sinalizadas nos resultados como informação não preenchida.

Todos os dispositivos legais da Resolução número 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos foram respeitados. O projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), sob CAAE número 44388721.7.0000.5363 e parecer número 4.815.183. Foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) visto que a coleta de dados foi feita em prontuários.

RESULTADOS

Foram coletados os dados de 79 prontuários de mulheres que iniciaram o trabalho de parto no âmbito domiciliar, sob assistência das equipes. Destes acompanhamentos, em 83,5% dos casos o parto ocorreu no domicílio e em 16,5% deles houve necessidade de transferência para o hospital, conforme Figura 1.

Figura 1 - Local de ocorrência do parto. Joinville, Santa Catarina, Brasil, 2021



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Destas transferências, 26,7% (n=4) ocorreram devido ao desejo materno por receber analgesia de parto, 26,7% (n=4) por falha de progressão, 13,3% (n=2) por desproporção céfalo-pélvica, 6,7% (n=1) por presença de mecônio espesso e 26,7% (n=4) dos prontuários não continham esta informação.

Os resultados das análises dos 66 prontuários incluídos na amostra elucidaram que a média de idade das mulheres foi de, aproximadamente, 31 anos, sendo a idade mínima de 21 anos e a idade máxima de 40 anos. Outras informações coletadas nestes 66 prontuários são apresentadas na Tabela 1 e apresentam dados referentes às mulheres, as suas histórias obstétricas, aos seus processos parturitivos e aos nascimentos dos seus filhos.

Tabela 1 - Caracterização. Joinville, Santa Catarina, Brasil, 2021

		Prontuários (n=66) m (min-máx)
Idade Gestacional de acordo com ultrassonografia (semanas)		39 (37-42)
Peso dos RN (gramas)		3472 (2600-4550)
Idade Gestacional dos RN – Método Capurro (semanas)		39 (36-42)
		Prontuários n (%)
Etnia		
	Branca	61 (92,4)
	Pardas	2 (3,0)
	Não continha informação	3 (4,5)
Estado civil		
	Casada	46 (69,7)
	Solteira	8 (12,1)
	União estável	8 (12,1)
	Divorciada/Separada	4 (6,1)
Escolaridade		
	Pós-graduação	2 (3,0)
	Ensino superior completo	43 (65,2)
	Ensino superior incompleto	9 (13,6)
	Ensino médio completo	12 (18,2)
Gestação		
	Planejada	43 (65,2)
	Não planejada	9 (13,6)
	Não planejada, mas aceita	2 (3,0)
	Não continha informação	12 (18,2)
Paridade		
	Primíparas	30 (45,5)
	Secundigestas	22 (33,3)
	Tercigestas	7 (10,6)
	Quadrigestas	4 (6,1)
	Quintigestas	2 (3,0)
	Sextigestas	1 (1,5)
Pré-natal		
	Seis ou mais consultas	64 (97,0)
	Menos de seis consultas	1 (1,5)
	Não continha essa informação	1 (1,5)
Posições no parto		
	Posições verticais (em pé, ajoelhada, de cócoras)	50 (75,8)
	Posição horizontal	2 (3,0)
	Não continha essa informação	14 (21,2)
Local do parto		
	Na água	46 (69,7)

	Fora da água	14 (21,2)
	Não continha essa informação	6 (9,1)
Grau de laceração perineal		
	Períneo íntegro	13 (19,7)
	Algum grau de laceração	45 (68,2)
	Lesão de 1º grau	24 (36,4)
	Lesão de 2º grau	21 (31,8)
Necessidade de sutura		
	Sim	31 (47,0)
	Não	27 (40,9)
	Não continha essa informação	8 (12,1)
Líquido amniótico		
	Líquido claro com grumos	26 (39,4)
	Líquido claro	22 (33,3)
	Líquido mecônio fluído	5 (7,6)
	Líquido mecônio espesso não associado a alterações dos batimentos cardíacos fetais	3 (4,5)
	Não continha essa informação	10 (15,2)
Recém-nascido		
	Sexo feminino	37 (56,1)
	Sexo masculino	29 (43,9)
Vitalidade neonatal		
	Escore de Apgar ≥ 7 no 1º minuto	62 (93,9)
	Ecore de Apgar ≤ 7 no 1º minuto	4 (6,1)
	Escore de Apgar ≥ 7 no 5º minuto	66 (100,0)

Fonte: As autoras.

Legenda: m: média; min: mínimo; máx: máximo; n: frequência absoluta; %: frequência relativa; \leq : menor e/ou igual; \geq : maior ou/e igual.

DISCUSSÃO

Este estudo apresentou baixa taxa de transferência materna para a continuidade da assistência no ambiente hospitalar. Tal fato pode ocorrer devido ao seguimento de um rigoroso protocolo para incluir as gestantes no atendimento pelas equipes⁽⁹⁾, como por exemplo, planejamento da assistência do PDP com antecedência, inclusão de apenas gestantes consideradas de baixo risco, partos que desencadeiam de forma fisiológica, avaliação adequada durante o trabalho de parto, parto e pós-parto e disponibilidade e uso de materiais adequados para o atendimento⁽⁴⁾. Vale ressaltar que nenhuma das transferências ocorridas se deu por razões ligadas à situação fetal não tranquilizadora, ao passo que os dados coletados demonstraram a permanência da normalidade da frequência cardíaca fetal.

Uma pesquisa conduzida no estado do Rio de Janeiro revelou que o maior percentual de mulheres que pariu no domicílio apresentou idade entre 20 e 34 anos⁽¹⁰⁾. Já outra pesquisa realizada na região de Campinas, estado de São Paulo, verificou que a média de idade das

mulheres incluídas no estudo foi de 30 anos, com variação entre 18 e 40 anos⁽¹¹⁾. Resultados semelhantes ao verificado no presente estudo constatou que a média de idade das mulheres foi de, aproximadamente, 31 anos, variando entre 21 e 40 anos.

Quanto à etnia, a mesma investigação concluiu que quase 50% das mulheres que tiveram PDP eram pardas⁽¹⁰⁾, constatação diferente dos achados desta pesquisa, onde quase a totalidade (92%) das mulheres eram brancas. No entanto, acredita-se que esta diferença tenha ocorrido em virtude das diferenças regionais existentes entre as duas cidades e estados brasileiros estudados.

A variável estado civil também apresentou divergências em relação às evidências do presente estudo, quando comparadas ao estudo realizado no estado do Rio de Janeiro. No primeiro caso, 70% das mulheres incluídas eram casadas e, no segundo, 77% das mulheres estavam solteiras no momento do PDP⁽¹⁰⁾.

Culturalmente, há quem vincule o PDP à precariedade de acesso aos serviços de saúde, à falta de recursos financeiros ou à desinformação. No entanto, os dados encontrados nesta pesquisa demonstraram o inverso, corroborando com a literatura que indica que as mulheres que optaram por esta modalidade de parto e nascimento possuem alta escolaridade^(7,8,10,11), acesso à informação e adequada adesão ao pré-natal⁽⁸⁾.

O PDP tem sido a opção de muitas mulheres e suas famílias nos grandes centros urbanos, onde existe oferta suficiente de leitos obstétricos. Muitas vezes, as mulheres que decidem pelo PDP apresentam estratos sociais médios e já vivenciaram experiências parturitivas hospitalares em ocasião anterior. Tais fatos levam a refletir sobre a escolha por este local de parto. Desta forma, um estudo qualitativo realizado com casais concluiu que os motivos que levaram estes a optarem pelo PDP consideraram, majoritariamente, a insatisfação com a assistência prestada nos hospitais, uma vez que, nestes cenários, os cuidados costumam ser prestados de forma rotineira e com técnicas, muitas vezes, violentas e ultrapassadas. Este mesmo estudo trouxe como um incentivador para a tomada de decisão pelo PDP a possibilidade da mulher ter a sua autonomia respeitada⁽⁶⁾.

Nesse contexto, o MS aponta em suas diretrizes que, no contexto brasileiro, não se deve desencorajar o planejamento do parto no domicílio, havendo critérios de segurança que devem ser respeitados, como acesso em tempo hábil e oportuno para um atendimento hospitalar, em caso de necessidade de transferência e assistência prestada por profissional qualificado. Entretanto, este órgão não sustenta como uma recomendação o PDP, alegando indisponibilidade deste serviço no Sistema Único de Saúde (SUS)^(4,12). Nesse contexto,

destaca-se que, no Brasil, o PDP vem sendo ofertado por equipes que atuam de maneira privada e autônoma⁽²⁾.

Além disso e considerando normativas de Santa Catarina, estado onde o presente estudo foi desenvolvido, um parecer técnico emitido pelo Conselho Regional de Enfermagem pontua diversos critérios de inclusão e de exclusão para o atendimento do PDP. Nesse ínterim, são critérios de inclusão para o PDP: gestante classificada em um pré-natal de baixo risco ou de risco obstétrico habitual; gestação única; apresentação fetal cefálica; idade gestacional maior ou igual a 37 semanas e menor que 42 semanas e casal de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁽¹³⁾.

Ao contrário do que demonstram os resultados de estudos realizados no Brasil, no qual a porcentagem maior de gestantes que optam pelo PDP foi de primíparas⁽⁹⁾, neste estudo, por uma pequena diferença, o maior percentual de mulheres que optaram pelo PDP foi de múltíparas, tendência encontrada em estudos internacionais e que pode estar atrelada à satisfação com experiência parturitiva anterior no domicílio, bem como com a insatisfação da experiência de parto vivida anteriormente no âmbito hospitalar⁽⁹⁾.

O número quase absoluto de mulheres que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, esteve de acordo com o que é preconizado pelo MS⁽¹⁴⁾ e com o que foi constatado em um estudo realizado no Rio de Janeiro⁽¹⁰⁾.

Há evidência que demonstra uma diminuição no padrão de idade gestacional para “termo precoce”, que engloba de 37 semanas de gestação a 38 semanas e 6 dias de gravidez. Tal fato vem sendo observado, principalmente, na rede privada, devido ao alto índice de cesarianas eletivas. No SUS, a gestação “a termo” (39 a 40 semanas e 6 dias) prevalece⁽¹⁵⁾. O presente estudo demonstrou que, no domicílio, a idade gestacional foi equivalente aos dados já existentes, considerando, ainda, que partos domiciliares planejados são espontâneos e decorrentes de uma gestação que é classificada como de baixo risco.

Nesta pesquisa não ocorreram casos de morbidade materna, hemorragia pós-parto ou lacerações graves (de 3º e 4º graus). Estudos científicos têm comprovado que a liberdade de escolha da posição materna, durante o trabalho de parto e período expulsivo, devem ser encorajados, uma vez que pode diminuir a sensação dolorosa, além de não acarretar em malefícios, tanto para a mulher quanto para o neonato^(16,17).

Estudo que analisou 160 prontuários de mulheres que tiveram PDP em Campinas, São Paulo, evidenciou que a maioria estava utilizando a banheira ou a piscina no momento do parto e que pariram em posições verticalizadas⁽¹¹⁾, achados semelhantes aos encontrados na presente pesquisa.

Os desfechos perineais encontrados nesta investigação corroboram com as evidências de um estudo que também demonstrou maior incidência de lacerações de 1º e 2º graus, consideradas de baixa gravidade⁽⁷⁾. Considerando que a maioria das posições adotadas pelas mulheres incluídas foram verticalizadas, os achados respeitam o que indica a OMS e o MS quanto à liberdade de escolha de posição para o parto⁽¹⁸⁾. Mostram, ainda, que a assistência de Enfermagem Obstétrica está embasada nas recomendações científicas atuais, considerando a importância e a necessidade materna de assumir o controle de seu corpo e, conseqüentemente, de seus partos⁽⁷⁾.

Tendo em vista que a classificação do escore de apgar reflete a condição de nascimento dos RN e que a pontuação acima de sete indica ótimas condições⁽¹⁹⁾, este estudo demonstrou desfechos neonatais positivos no PDP, uma vez que, no quinto minuto de vida, todos os neonatos apresentaram pontuação igual ou superior a sete.

Considerando o peso dos RN, pesquisa conduzida em Campinas, estado de São Paulo, verificou que esses, em sua maioria (cerca de 80% dos casos), apresentaram peso entre 2500 gramas e 3400 gramas⁽¹⁰⁾. O peso médio dos RN deste estudo foi igual a 3472 gramas, valor próximo aos achados da pesquisa mencionada.

Os desfechos positivos das mulheres e dos RN sustentados nesta pesquisa demonstraram a qualidade da assistência prestada, bem como a segurança do PDP atendido por equipes qualificadas. Outros estudos demonstraram que o parto assistido no domicílio, por equipes qualificadas, não aumenta o risco de mortalidade e de internação em unidade neonatal⁽⁷⁾, que a assistência é considerada de baixa intervenção e que os índices de complicações e transferências maternas são baixos⁽⁹⁾. Visando qualificar este modelo de assistência, se faz de extrema importância a garantia de um sistema de referência estabelecido, com profissionais que reconheçam o PDP como uma opção segura e direito das mulheres, com disponibilidade a darem continuidade na assistência iniciada no contexto domiciliar, com dignidade àquelas que necessitarem.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que as mulheres que optaram pelo PDP em Joinville, Santa Catarina, têm, em média, 31 anos de idade e, são, majoritariamente, brancas, casadas, com alto nível de escolaridade, multigestas, planejaram a gestação e realizaram o pré-natal adequadamente. Mais que isso, os achados da pesquisa evidenciaram desfechos maternos e neonatais positivos, com baixa taxa de transferência, sendo nenhuma neonatal, e nenhum caso de morbidade materna.

Os resultados destacaram que o PDP, no contexto investigado, apresentou baixa intervenção durante a assistência, corroborando com a redução da mortalidade materna e infantil. Desta forma, as evidências constatadas neste estudo demonstraram-se satisfatórias para a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, sustentando que o domicílio se configura em um local seguro para o parto e nascimento.

Esta modalidade de parto e nascimento vem ganhando visibilidade e mais adeptos no Brasil e tem demonstrado avaliações quantitativas e qualitativas benéficas, contribuindo para a desmistificação da escolha pelo PDP.

Apesar disso, indica-se a realização de mais investigações acerca deste tema a fim de amparar a escolha de mulheres e suas famílias/parceiros (as) com informações científicas, de forma a facilitar o acesso destas a um PDP, de forma natural e respeitosa, com respeito ao local onde se sentem mais protegidas e acolhidas.

Essa pesquisa possui potencial para auxiliar futuros profissionais da Enfermagem a atuarem no contexto do PDP, além de subsidiar ações acerca do importante papel que enfermeiras obstetras têm em relação à saúde materno infantil como agentes de mudança da realidade obstétrica brasileira.

Como limitação do estudo pontua-se o fato de que a coleta de dados abrangeu apenas uma região do estado de Santa Catarina. No entanto, acredita-se que os resultados aqui demonstrados são importantes para o suporte a pesquisas futuras, estimulando ações que contribuam para o ensino, pesquisa, gestão e/ou assistência em Enfermagem e saúde.

REFERÊNCIAS

1. Silva TPR, Dumont-Pena E, Sousa AMM, Amorim T, Tavares LC, Nascimento DCP, et al. Obstetric nursing in best practices of labor and delivery care. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Supl 3):235-42. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0561>
2. Denipote AGM, Lacerda MR, Selleti JDN, Tonin L, Souza SRRK. Parto domiciliar planejado no Brasil: onde estamos e para onde vamos? *Res Soc Dev.* 2020;9(8):e837986628. doi: <http://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6628>
3. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial União.* 2011 jun 27 [citado 2022 abr 05];48(121 Seção 1):109-11. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=27/06/2011&jornal=1&pagina=109&totalArquivos=184>
4. Santos LM, Mata JAL, Vaccari A, Sanfelice CFO. Trajectories of obstetric nurses in the care of planned home childbirth: oral history. *Rev Gaúcha Enferm.* 2021;42(spe):e20200191. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200191>

5. Valinho PB, Zveiter M, Mouta RJO, Seibert SL, Marques SC. As dificuldades do parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática. *Res Soc Dev*. 2021;10(7):e45910716540. doi: <http://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16540>
6. Castro CM, Azevedo AFP. Narrativas sobre parto domiciliar planejado após parto hospitalar. *Rev Fam Ciclos Vida Saúde Contexto Soc*. 2018 [citado 2022 abr 05];6(1):53-62. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497955422008>
7. Cursino TP, Benincasa M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. *Cien Saude Colet*. 2020;25(4):1433-43. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.13582018>
8. Koettker JG, Bruggemann OM, Freitas PF, Riesco MLG, Costa R. Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03371. doi: <http://doi.org/10.1590/S1980-220X2017034003371>
9. Koettker JG, Brüggemann OM, Knobel R. Maternal results from planned home births assisted by nurses from the hanami team in the south of Brazil, 2002-2012. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(1):e3110015. doi: <http://doi.org/10.1590/0104-07072017003110015>
10. Chaves WB, Mota CP, Silva JLL, Mouta RJO, Silva TC, Dias Filho JC, et al. Sociodemographic profile of women who had homebirth in the municipality of Rio de Janeiro, from 2010 to 2017. *Res Soc Dev*. 2022;11(3):e22011326382. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26382>
11. Silveira FA, Mello AL, Castro CC, Baptista A, Barros AFF, Nunez SC, et al. Planned home births in the region of Campinas from 2013 to 2017. *Res Soc Dev*. 2021;10(12):e234101220358. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20358>
12. Ministério da Saúde (BR), 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 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado 2022 abr 05]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_norma1.pdf
13. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. Parecer Técnico COREN/SC nº 023/CT/2016 - Assunto: Parto Domiciliar Planejado [Internet]. Florianópolis: COREN/SC; 2016 [citado 2022 abr 05]. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/PT-023-2016-Parto-Domiciliar-Planejado.pdf>
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica: atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 2022 abr 05]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

15. Leal MC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad Saude Publica*. 2019;35(7):e00223018. doi: <http://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>
16. Ministério da Saúde (BR). Boas práticas de atenção ao parto e nascimento [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2022 abr 05]. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Boas-Pr%C3%A1ticas-ao-Parto-e-Nascimento-1.pdf>
17. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;6(6):CD006672. doi: <http://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>
18. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018 [citado 2022 abr 05]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=CD77DB8EE949CF372E16D439566A084E?sequence=1>
19. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Caderno de atenção à saúde da criança: recém-nascido de risco. Paraná: Secretaria de Estado da Saúde; 2020 [citado 2022 abr 05]. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-07/pdf1.pdf

Contribuição de autoria:

Análise formal: Rafaela Reinicke, Bruna Daniela Batista, Rosimeire Pereira Bressan.

Conceituação: Rafaela Reinicke, Bruna Daniela Batista, Rosimeire Pereira Bressan.

Curadoria de dados: Rafaela Reinicke, Bruna Daniela Batista.

Escrita - rascunho original: Rafaela Reinicke, Joice Moreira Schmalfuss.

Escrita - revisão e edição: Rafaela Reinicke, Joice Moreira Schmalfuss.

Metodologia: Rafaela Reinicke, Bruna Daniela Batista, Joice Moreira Schmalfuss, Rosimeire Pereira Bressan.

Validação: Joice Moreira Schmalfuss.

Visualização: Rafaela Reinicke, Joice Moreira Schmalfuss.

As autoras declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

Autora correspondente:

Joice Moreira Schmalfuss

E-mail: joice.schmalfuss@uffs.edu.br

Recebido: 06.04.2022

Aprovado: 15.08.2022

Editor associado:

Jéssica Teles Schlemmer

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti