

PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO CONTEXTO DA COVID19: INFORMAÇÕES PARA A TOMADA DE DECISÃO

Franciele Volpato¹

<https://orcid.org/0000-0002-2235-6513>

Roberta Costa¹

<https://orcid.org/0000-0001-6816-2047>

Margarete Maria de Lima¹

<http://orcid.org/0000-0003-2214-3072>

Marta Inez Machado Verdi²

<http://orcid.org/0000-0001-7090-9541>

Iris Elizabete Messa Gomes¹

<https://orcid.org/0000-0002-0496-5892>

Soliane Quitolina Scapin³

<https://orcid.org/0000-0003-1742-9068>

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Programa de Pós-graduação de Enfermagem. Florianópolis-Santa Catarina, Brasil.

²Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Florianópolis-Santa Catarina, Brasil.

³Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil.

RESUMO

Objetivo: identificar as informações relevantes para a tomada de decisão da mulher pelo Parto Domiciliar Planejado e discutir como a emergência da COVID19 pode interferir nesse processo.

Método: pesquisa qualitativa descritivo-exploratória, com 14 puérperas que se interessaram pelo parto domiciliar no percurso de escolha pelo local de parto. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas e seis documentos informativos fornecidos pelas mulheres, no período de fevereiro a abril de 2019. Com base na análise de conteúdo os dados foram analisados com o auxílio do software ATLAS.ti, versão 8.0.

Resultados: Há critérios de inclusão para parir em casa, os quais dizem respeito a condições obstétricas da mulher bem como às condições de bancar o financiamento particular dessa escolha. Pelo menos um profissional habilitado para a assistência ao parto atende o parto em domicílio, sendo que o mesmo realiza o acompanhamento desde

o pré-natal ao pós-parto e está preparado para agir em caso de intercorrências e transferência.

Conclusão: As informações geradas sobre o Parto Domiciliar Planejado são essenciais para auxiliar a mulher na tomada de decisão pelo local de parto no contexto da Pandemia do COVID19.

DESCRITORES: Parto Domiciliar. Parto Humanizado. Tomada de Decisões. Enfermagem Obstétrica. Infecções por Coronavírus.

PLANNED HOME BIRTH IN THE CONTEXT OF COVID19: INFORMATION FOR DECISION-MAKING

ABSTRACT

Objective: to identify information relevant to women's decision making for Planned Home Birth and discuss how the emergency of COVID19 can interfere with this process.

Method: descriptive-exploratory qualitative research, with 14 puerperals who were interested in home birth in the route of choice of birth site. Data collection was carried out through semi-structured interviewees and six informative documents provided by women, from February to April 2019. Based on the analysis of content the data were analyzed with the help of ATLAS.ti software, version 8.0.

Results: There are inclusion criteria for giving birth at home, which refer to the obstetric conditions of the woman as well as the conditions to bank the private financing of this choice. At least one skilled childbirth attendant attends the delivery at home, who is in charge from prenatal to postpartum and is prepared to act in case of intercurrent and transfer.

Conclusion: The information generated about Planned Home Birth is essential to assist the woman in decision making at the birth site in the context of the COVID19 Pandemic.

DESCRIPTORS: Home birth. Humanizing Delivery. Decision-making. Obstetric nursing. Coronavirus Infections.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que as mulheres façam a escolha pelo local de nascimento baseadas em seu sentimento de segurança, seja em casa, centro de parto normal ou hospital.¹⁻² Atualmente, além de outros fatores, essa decisão é influenciada pelo medo e insegurança atrelados à pandemia mundial declarada no final de janeiro de 2020 provocada por um novo vírus (SARS-Cov-2), uma variação de um vírus preexistente chamado coronavírus. A doença denominada COVID-19 tem manifestações predominantemente respiratórias e rápida disseminação, sendo responsável por um crescente número de óbitos.³

A letalidade da Covid-19 está associada à forma grave da doença que acomete principalmente pessoas dos grupos mais vulneráveis, entre outros, idosos, cardiopatas, diabéticos, e recentemente, as gestantes e puérperas. A inclusão de gestantes e puérperas no grupo de risco foi justificada pela alteração no sistema imunológico e a resposta a infecções virais em geral, que ocasionalmente podem causar sintomas mais graves.⁴ A mulher apresenta uma maior suscetibilidade ao novo coronavírus, especialmente durante a gravidez, parto e pós-parto, assim como o recém-nascido, gerando preocupação para os profissionais da área obstétrica e neonatal, pois ainda existem poucas informações que apontem com mais contundência as consequências da infecção para a gravidez e amamentação.⁵

O Boletim Epidemiológico n.15, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (MS), divulgado no dia 08 de maio, mostra que foram confirmados 4.006.555 casos de COVID-19 com 275.755 óbitos. Os Estados Unidos da América são o país com maior número de casos (1.318.787). O Brasil, nessa mesma data, contabilizava 145.328 casos confirmados e 9.897 óbitos. Entre os óbitos confirmados por COVID-19 no Brasil, 72% tinham pelo menos um fator de risco.⁶ Ainda não há dados precisos e divulgados pelo MS sobre o número de gestantes infectadas ou casos de óbitos nessa população.

As autoridades de saúde têm reforçado a importância dos cuidados, como higiene das mãos, e reiterado que o isolamento social é a melhor maneira de se proteger, com o objetivo de rebaixar a curva de disseminação do vírus e permitir a adequação dos recursos de saúde.⁷⁻⁸ Nesse cenário, onde o isolamento domiciliar é uma das medidas mais importantes no enfrentamento da pandemia, o parto em ambiente hospitalar, que abarca 98% dos nascimentos no Brasil⁹ passa a ser uma preocupação dos profissionais da saúde e das mulheres.

As mulheres e seus acompanhantes sentem-se amedrontados frente ao risco de contaminar-se ao buscar o hospital. Assim, apesar de ser uma opção que depende de financiamento privado no Brasil, o parto domiciliar passa a ser uma possibilidade para se manter em casa e reduzir a exposição ao vírus. Uma pesquisa online que ouviu 250 mulheres gestantes e puérperas de todo o Brasil durante o mês de abril de 2020, aponta que mais da metade das mulheres (52,7%) refere que seus planos de parto foram alterados e 28,2% das entrevistadas afirmam que se sentiriam mais seguras para parir em seus domicílios.¹⁰

No âmbito deste estudo, considera-se o Parto Domiciliar Planejado (PDP) como assistência à mulher durante o pré-natal, parto e pós-parto, em domicílio, por profissional capacitado e habilitado.¹¹ Ainda, o PDP foi compreendido como um modelo de cuidado

distinto do hegemônico, especialmente por centralizar a mulher na organização assistencial. Essa é a razão a qual justifica que a opção pelo PDP seja construída durante a gestação, para possibilitar que o desejo da mulher encontre respaldo em informações de qualidade e seja coerente com seu contexto e suas percepções acerca de segurança e risco. Sendo assim, o PDP não é indicado apenas como alternativa para evitar o contato com o ambiente hospitalar e risco de contaminação com novo coronavírus.

Os dados sobre a organização do PDP são pouco disseminados, entretanto, essenciais para a tomada de decisão consciente, e considerando que neste momento de Pandemia mundial o momento do parto e nascimento tem gerado diversos sentimentos e dúvidas nas mulheres, e neste sentido é premente a necessidade de disseminação de informações confiáveis e baseadas em evidências científicas. Assim, o objetivo deste estudo é identificar as informações relevantes para a tomada de decisão da mulher pelo Parto Domiciliar Planejado e discutir como a emergência da COVID19 pode interferir nesse processo.

MÉTODO

Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva-exploratória, realizada no contexto do PDP no estado de Santa Catarina. A coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro e abril de 2019, através de entrevista individual semi-estruturada e coleta documental. O roteiro das entrevistas continha perguntas sobre informações sociodemográficas e obstétricas com 17 perguntas abertas relacionadas ao PDP. As entrevistas foram agendadas via Whatsapp®, gravadas em áudio, transcritas por uma das pesquisadoras e validadas pelas participantes. Foram realizadas nove entrevistas no domicílio das mulheres e cinco via chamada de vídeo pelo aplicativo Whatsapp®, tendo uma duração média de uma hora. Na coleta documental foi levantados os seguintes documentos: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do PDP, contrato de prestação de serviço e informativos fornecidos por três das mulheres entrevistadas.

As participantes foram selecionadas mediante a colaboração de profissionais que atendem PDP ou trabalham com a humanização do parto no estado de Santa Catarina, através da indicação de nomes e contato telefônico ou pela divulgação da pesquisa em suas redes, e também via rede pessoal da pesquisadora principal que atuou neste cenário. A busca foi realizada de forma intencional, sendo contatadas cinco equipes que atendem PDP em SC, além de quatro profissionais envolvidos com o parto humanizado e todos deram retorno. Assim, sete mulheres que se interessaram pela pesquisa entraram em contato com a pesquisadora manifestando seu interesse em participar e outras 17

mulheres foram contatadas via contato telefônico e convidadas formalmente para participarem da pesquisa. Dessas últimas, duas não retornaram ao contato e uma desistiu por motivos pessoais. Os critérios de inclusão foram mulheres em pós-parto que demonstraram interesse pelo PDP durante o pré-natal, independente do desfecho do local de parto, residentes em Santa Catarina. Foram excluídas as mulheres menores de 18 anos e/ou que tiveram seus filhos em período superior a um ano. A determinação do número de participantes deu-se através da amostragem por saturação, ou seja, quando prevaleceu a certeza de que, mesmo provisoriamente, foi encontrada a lógica do objeto do estudo em todas as suas conexões e interconexões.¹² A amostra final foi composta por 14 mulheres.

Os dados foram analisados por meio do processo de análise de conteúdo de Bardin, com o auxílio do software ATLAS.ti 8.0. Esse processo organizacional iniciou na pré-análise com a criação de um Projeto constituído por 26 documentos, sendo 14 entrevistas e seis materiais disponibilizados pelas mulheres entrevistadas, dos quais se realizou a leitura flutuante; escolha dos elementos relevantes e representativos; elaboração de hipóteses e objetivos; e referenciação dos índices e elaboração dos indicadores.

Na sequência, procedeu-se à exploração do material e consistiu essencialmente em operações de codificação, relacionando os depoimentos com mesmo sentido a fim de categorizá-los. Nessa etapa, a função do ATLAS.ti 8.0 foi auxiliar na codificação (códigos) dos trechos dos depoimentos (citações) em unidades temáticas de significado semelhantes (grupos). A última fase diz respeito ao tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação, de modo que os mesmos se tornassem significativos e válidos.

Após todo o processo de análise, os dados deram origem a quatro categorias: - Quais as mulheres que podem optar pelo PDP? (critérios de inclusão/permanência); Quem realiza o atendimento e o custo do serviço?; Como acontece o acompanhamento do PDP – (Pré-natal – trabalho de parto e parto – pós-parto)?; O que é feito em caso de intercorrências?.

Considerando que o atual contexto da pandemia tem interferido nos planos e rotinas de cuidados das mulheres gestantes e há um aumento considerável de mulheres e famílias que estão optando pelo PDP como alternativa para evitar o atendimento em hospitais e maternidades que estão se mostrando como ambientes contaminantes e saturados,¹⁰ estas categorias foram discutidas sob a ótica do contexto da COVID19 no Brasil. A pesquisa foi aprovada sob parecer de n. 3.090.383 e desenvolvida conforme as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos da

Resolução 466/12. Com o intuito de garantir o sigilo e a confidencialidade dos relatos, as participantes foram identificadas por letras maiúsculas seguidas de números (E1 a E14). Da mesma forma, os documentos foram identificados pelo tipo (contrato ou TCLE) e origem (Equipe X ou Y).

RESULTADOS

Participaram do estudo 14 mulheres, com idade entre 24 e 38 anos, 78,57% tinham mais de 30 anos. Em relação ao grau de escolaridade, 42,85% eram pós-graduadas, 50% graduadas e 7,14% concluiu o ensino médio. Todas as participantes estavam em um relacionamento, seja união estável (sete) ou casamento (sete). Quanto ao histórico obstétrico, 78,57% eram primíparas e 21,42% tiveram uma cesariana anteriormente. Com relação à história da última gestação, 35,71% optaram pelo parto hospitalar e 64,28% optaram pelo PDP, porém 21,42% foram encaminhadas para o parto hospitalar ainda na gestação, 7,14% durante o trabalho de parto e 35,71% pariram em casa. Em domicílio, 21,42% foram atendidas por equipe de profissionais de saúde, 7,14% por enfermeira obstetra solo, 7,14% por médica pediatra atuando como parteira tradicional.

Os resultados desse estudo dizem respeito às informações sobre o PDP que as mulheres adquiriram no percurso de tomada de decisão pelo modelo de cuidado para seu parto. Independente da motivação buscaram informações que pudessem ampliar os conhecimentos sobre um cenário de nascimento pouco explorado, que nesse momento de pandemia parece convidativo e fundamental para o local de escolha do parto e nascimento.

Categoria 1: Quais as mulheres que podem optar pelo PDP?

Esta categoria apresenta os critérios de inclusão e permanência para o PDP, como idade gestacional, condições que aumentam o risco obstétrico e neonatal, histórico obstétrico, apresentação fetal e acompanhamento pré-natal sem intercorrências. As mulheres participantes deste estudo foram esclarecidas sobre estes critérios.

[...] estourou a bolsa no dia que eu fiz 36 semanas [...]. Eu já sabia [...] que a partir de 37 que é o domiciliar e aí eu já sabia que teria que ir para o hospital. (E12).

[...] gravidez única, de baixo risco [...], estar sob acompanhamento pré-natal com profissional médico até a data do parto [...] disponibilizar para a equipe o cartão pré-natal, todos os exames pré-natais (Contrato Equipe X).

Categoria 2: Quem realiza o atendimento no PDP e os custos?

As participantes da pesquisa receberam orientações sobre diferentes categorias profissionais envolvidas no processo. Segundo os relatos, pelo menos um profissional habilitado para atendimento ao parto esteve presente, sendo enfermeira obstetra, médica pediatra ou médica obstetra.

[...] o parto pode ser feito com uma doula e uma enfermeira obstetra, ou só uma enfermeira obstetra, agindo como uma doula [...] não necessariamente precisa da obstetra [...] (E12). Outras mulheres, como doula e amiga, também fazem parte desse cenário.

Informações sobre o investimento financeiro, o custo para acessar a um PDP, também foram destacadas pelas mulheres. Uma vez que, o mesmo, não faz parte dos serviços públicos disponíveis, e é considerado alto pelas mulheres (R\$ 5.000,00 a 7.500,00, em 2018). Este fato implica em difícil acesso e gera preocupação:

[...] a gente parcelaria sei lá, em 10 vezes o parto [...] algo que eu acho que deveria ser de graça [...] acho isso muito absurdo [...] o parto domiciliar não tem na rede pública, só privada (E11).

[...] veio a questão do valor, né, uma coisa que nos preocupava (E5).

Categoria 3: Como acontece o acompanhamento do PDP? Pré-natal – trabalho de parto e parto – pós-parto

Em relação ao processo de acompanhamento do PDP as mulheres recebem informações sobre as diferentes etapas que vivenciam ao longo da gestação e nascimento.

O acompanhamento pré-natal acontece paralelo ao pré-natal realizado com obstetra ou equipe da Atenção Básica. O pré-natal voltado para o PDP integra a troca de informações, o fortalecimento do vínculo entre equipe e mulher, bem como possibilita à mulher olhar para si, identificar suas vontades, potencialidades e medos, e se conectar com o bebê:

[...] elas iriam na verdade na minha casa, me ajudar a montar esse ambiente, me dar sugestões de como poderia ser [...] (E4).

[...] vir em casa, conversar com a família [...] por que que a gente quer, quem foi que falou, o que que a gente sabe, quais são nossos medos [...] (E12).

Além disso, nas consultas o profissional irá investigar o histórico obstétrico e de doenças prévias da mulher, analisar os exames laboratoriais e realizar a avaliação obstétrica:

[...] o pré-natal ele é específico [...] pra ouvir os batimentos, sentir o bebê, saber as posições, sem a necessidade do ultrassom, vê a quantidade de líquido [...] (E12).

[...] acompanhamento do bebê, pra ver se ele tava bem encaixado, pra ver se ele não tinha nenhum problema de pré-eclâmpsia, se é. se a mulher não tinha pressão alta [...] (E3).

No trabalho de parto é oferecido apoio emocional e conforto para mulher (massagens, posições), bem como cuidados técnicos. A mulher é respeitada em seu tempo e tem liberdade para se expressar e ainda contar com a participação do companheiro nesse processo:

No trabalho de parto em si e eu sabia que ia ser respeitado o meu tempo... que eu ligar pra elas e podia que elas ficassem em casa ou não, dependendo do tempo que tivesse de TP (E1).

Elas faziam os exames, tudo bem comigo, tudo bem com ela [bebê], seguimos [...] elas conduziam, e eu fazia tudo que podia fazer na teoria do parto e dançávamos, e caminhávamos, cantávamos [...] tudo que no parto dá pra fazer, eu fiz (E9).

Após o nascimento, as profissionais informaram que permaneceriam no domicílio o tempo necessário para oferecer apoio à mulher e recém-nascido, além de monitorarem o bem-estar de ambos:

[...] depois que o bebê nascesse ela [enfermeira obstetra] permaneceria por ainda mais quatro horas [...] pra checar o bebê, se eu tava conseguindo amamentar e dar essa assistência também depois que o bebê nascesse (E6).

As consultas posteriores têm foco na amamentação e cuidados com o bebê, como a avaliação do peso e desenvolvimento:

Os primeiros encontros foram assim [...] seguidos, por causa da questão da amamentação, do peso, do desenvolvimento dela, do meu também. Tive uma laceração também, pra ver como tava [...] (E5).

Ela me disse também que [...] me ajudaria fazendo a certidão de nascimento [...], o teste do pezinho também [...] (E6).

Categoria 4: Em caso de intercorrências, o que é feito?

As mulheres reconhecem o risco de intercorrências maternas e descrevem que foram informadas sobre o manejo em domicílio.

Com relação a sangramento também me tranquilizaram que isso aí conseguia tranquilamente resolver aqui (E14).

[...] várias coisas dá pra ser feito em casa [...] com os materiais delas, basicamente é a mesma coisa, não teria uma UTI neonatal, e não teria como fazer uma cesária mas no mais [...] (E12).

[...] ele perguntou [marido], se tivesse que dá ponto, se ela dava. Dava, né, tem todo o kit e tudo (E8).

Essas intercorrências são descritas nos documentos analisados como no TCLE de uma das equipes.

[...] apesar desses eventos serem bastante raros em partos de baixo risco, alguns deles podem ser fatais, qualquer que seja o ambiente onde venham a ocorrer (TCLE Equipe X).

A principal preocupação das mulheres que cogitaram um PDP são as intercorrências com o recém-nascido, principalmente em relação à dificuldade respiratória e tempo hábil de transferência para o hospital.

[...] se o bebê nascer e precisar de algum aparato, alguma ferramenta que aqui em casa não tem [...] quando ele nascesse se tivesse alguma dificuldade [...] (E14).

[...] se acontecesse algum problema com o bebê, o tempo de transferência de casa até o hospital seria viável [...] (E6).

Tratando-se da necessidade de transferência para o hospital, foi informado que os profissionais do PDP providenciam o deslocamento em tempo oportuno, em transporte próprio ou serviço de atendimento de urgência e emergência.

[...] elas davam esse suporte pra transferência e que os riscos é, e que, elas não deixariam pra que eu fosse transferida num momento em que fosse de urgência [...] (E10).

[...] se acontecer alguma coisa com o bebê, a gente iria direto pro hospital e esse tempo seria suficiente (E6).

[...] falaram que tinha um carrinho do oxigênio, e que elas estariam sempre atentas, se precisasse iria pra maternidade. Que não era pra gente se preocupar, elas iriam estar observando (E2).

Uma das entrevistadas sinalizou a ausência de integração entre o PDP e a rede de saúde:

[...] eu percebi que o parto domiciliar é feito sem ter uma relação de ser abraçado pela rede de saúde [...] não existe essa conexão de saúde das iniciativas de parto domiciliar [...] com algo maior que possa dar um suporte (E13).

Esta ausência de continuidade da assistência apresenta registro no documento de uma equipe de PDP.

[...] a maioria dos hospitais e estabelecimentos não dão apoio ao parto domiciliar e podem ser bastante hostis e acusatórios em situações em que há necessidade de intervenções médico-hospitalares em um parto ou pós-parto oriundos do domicílio (TCLE Equipe X).

DISCUSSÃO

Dada a necessidade de fornecer informações sobre a temática do PDP, principalmente no contexto de uma pandemia, o ponto de partida desse estudo foi identificar quais mulheres poderiam optar por esta modalidade e quais critérios clínicos precisariam atender. No Brasil, não há um protocolo de atenção ao PDP consolidado como uma diretriz nacional para orientar os profissionais que prestam esse serviço.¹³⁻¹⁵ De modo geral, é considerado critério de inclusão pelos profissionais que assistem ao PDP, as mulheres consideradas de risco obstétrico habitual, idade gestacional entre 37 a 42 semanas, com gestação única, feto em apresentação cefálica.¹⁴⁻¹⁵ O protocolo de uma equipe específica aponta ainda como critério inclusivo uma cesariana prévia, realizada no mínimo dois anos antes da gestação atual.¹⁴ Contudo, estudo nacional demonstra que na inexistência de diretrizes, as equipes decidem incluir ou não mulheres com cesárea prévia no seu protocolo de atendimento, bem como qual o intervalo interpartal será adotado.¹⁶

Em contrapartida, a diretriz nacional, embora não apresente critérios específicos, considera a paridade como critério de inclusão, não recomendando o parto domiciliar para nulíparas de risco habitual, devido ao maior risco de complicações para o recém-nascido. Recomenda que para as multíparas de risco habitual o parto domiciliar não deve ser desencorajado, desde que a mulher tenha acesso em tempo hábil e oportuno a uma maternidade em caso de transferência.¹⁷

Em meio a esta contextualização a inclusão de mulheres para o PDP em situação de pandemia seguirá a mesma lógica individualizada e contextualizada por equipe quanto aos critérios. Dessa maneira, sugere-se que as recomendações das sociedades que se manifestaram até o momento acerca do local de parto sejam consideradas na construção da tomada de decisão. A *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* (SOGC) recomenda que o parto hospitalar seja preferível ao domiciliar para mulheres suspeitas ou confirmadas para COVID-19, tendo em vista a preocupação com a garantia de equipamentos de proteção individual em ambiente doméstico, bem como altas taxas de sofrimento fetal relatadas na escassa literatura.¹⁸ O *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG) segue a mesma linha de orientação, alertando que em locais

sem disponibilidade de ambulância para permitir uma transferência rápida e pessoal adequado, é razoável repensar esse serviço para assistência ao parto.¹⁹

Por outro lado, a *Association of Ontario Midwives* (AOM) sugere que para mulheres de risco obstétrico habitual, sem suspeita ou confirmação de COVID-19 ou que já tenham se recuperado, o PDP pode ser uma ferramenta benéfica para o distanciamento social e para minimizar a sobrecarga hospitalar durante a pandemia. Ainda, diferente da recomendação das sociedades médicas, a AOM, alinhada aos cuidados orientados para população em geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), sugere às mulheres com doença leve associada ao COVID-19, afebris e sem outras morbidades uma discussão informada e documentada sobre os riscos e benefícios acerca do local de parto, assegurando informação quanto a aplicação de protocolo de monitoramento em domicílio; evidências incertas quanto ao aumento da incidência de sofrimento fetal, cesariana e trabalho de parto prematuro para pessoas com COVID-19; resultados em gestantes que até o momento não demonstraram casos de asfixia neonatal grave ou morte neonatal.²⁰

Cabe a ressalva que no cenário canadense, o PDP faz parte da rede de serviço materno infantil, sendo organizado e estruturado em pilares sólidos que contemplam o cuidado centrado na mulher e a escolha informada. Na realidade brasileira, tais informações precisam ser conciliadas com o fato de o PDP estar desintegrado da rede de cuidados obstétricos e neonatais, o que gera dificuldade de acesso aos serviços de urgência e emergência e compromete a continuidade da assistência, fragilidade também referida pelas participantes do estudo.^{16,20}

A segunda categoria desse estudo diz respeito ao profissional/equipe que atende ao PDP. Tratando-se do profissional habilitado para atender PDP, em âmbito nacional, recomenda-se que a assistência ao nascimento de risco habitual seja realizada por médico, enfermeira obstetra e/ou obstetriz, qualificados e devidamente registrados em seu Conselho de Classe.^{1,13} Entretanto, a assistência domiciliar é predominantemente realizada por enfermeiras obstetras, já que não há restrições para o local de atuação dessas profissionais.¹⁶⁻¹⁷ Recomenda-se ainda que a equipe mínima para assistência ao PDP seja composta por dois profissionais habilitados^{15,21} e, especialmente nesse momento em que a orientação é evitar aglomerações, é sensato manter a equipe indispensável, bem como limitar a participação de pessoas não residentes no domicílio durante o parto, a fim de proteger a puérpera, recém-nascido e profissionais.

Outro fator evidenciado pelas falas das participantes que pesa durante a tomada de decisão pelo local de parto foram os custos dessa escolha. Sendo que no Brasil o PDP não faz parte das opções oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o

financiamento privado o torna inviável para a maioria da população.¹⁷ Fica restrito a um grupo seletivo de mulheres brancas, casadas, com elevada escolaridade e emprego fixo que podem disponibilizar a quantia de aproximadamente seis salários mínimos e, principalmente, têm a possibilidade de escolher ao questionar o modelo hegemônico.¹⁶

Logo, além de informação de qualidade acerca do PDP é necessária a inclusão social e política desse modelo de cuidado que associa o parto em casa não apenas a mudança de endereço (hospital – casa), mas a uma mudança que envolve novos comportamentos, valores e sentimentos relacionados à maneira de parir e nascer.²² Corroboram com essa ideia, os relatos das participantes deste estudo quando mostram que o PDP é uma possibilidade construída ao longo da gestação com a mulher, acompanhante e profissional, construção compartilhada e longitudinal do cuidado que contempla a escolha informada. Desde a seleção para o PDP como no decorrer do pré-natal, parto e pós-parto a mulher é reconhecida como “especialista” do seu corpo e envolvida na tomada de decisão. Portanto, o PDP não deve ser uma estratégia adotada apenas como opção de fuga do ambiente hospitalar, visto que requer planejamento, vínculo e cuidados específicos.

Apesar do PDP ser apontado como uma opção com vários benefícios, como autonomia da mulher, respeito às escolhas da família, menos intervenções, presença de mais de um acompanhante, vínculo com o profissional que está atendendo, as mulheres também apontaram inquietações acerca da segurança do parto no domicílio, especialmente tratando-se do RN. Considerando que as escolhas no contexto da gravidez e parto são influenciadas pela responsabilidade que as mulheres sentem pela sua saúde e pela do bebê, faz sentido que sejam contempladas com informações que lhes assegurem segurança para decidirem pelo local de parto.²³

Em se tratando das intercorrências que afetam as mulheres no parto em casa, as mais frequentes são dequitação prolongada da placenta (33, 7%) e a hemorragia pós-parto (6,4%), sendo que ambas podem ser manejadas com sucesso em domicílio, sem necessidade de encaminhamento conforme estudo com 187 mulheres, entre 2002 e 2012, no sul do Brasil.²⁴

Quanto ao RN, dados de estudo nacional,¹⁴ corroboram com revisão sistemática internacional que comparou resultados maternos e neonatais em diferentes locais de nascimento, identificando que há significativamente menos chances de bebês nascidos em casa serem admitidos em UTIN além de que a mortalidade perinatal não difere em partos hospitalares e domiciliares entre nulíparas e múltíparas.²⁵ Estudo esse, porém, que diverge da diretriz brasileira que aponta maiores complicações neonatais para nulíparas.¹⁷

Em vista da divergência de informações, é imperioso que as evidências que constituem o escopo para auxiliar as mulheres na tomada de decisão pelo local de parto sejam atualizadas constantemente bem como contextualizadas para o cenário em que serão utilizadas.

Relevante sinalizar que as intercorrências em domicílio devem contar com a assistência de profissionais periodicamente treinados e atualizados, bem como com equipamentos para intervir seja com a mulher ou com o RN (reanimador manual adulto e neonatal, cilindro de oxigênio, fluídos para reposição volêmica, medicamentos, sondas, fios para sutura).^{11,26} Somam-se a esses materiais, os equipamentos de proteção individual (EPI), independente de se tratar ou não de intercorrência, já que cada situação exige uma precaução específica. Diante do contexto da pandemia da COVID-19 diversas recomendações nacionais e internacionais têm enfatizado o uso de equipamentos de proteção individual para os profissionais na assistência ao parto.

A fim de evitar a disseminação do coronavírus, o EPI para proteção de contato e gotículas também deve ser usado em domicílio. Na ausência de publicação específica para parto em casa, mas considerando a necessidade de proteção aliada ao uso racional de recursos, sugerem-se as indicações para ambiente hospitalar, que orientam a lavagem das mãos, máscara cirúrgica, luvas, avental impermeável e óculos de proteção sempre que o profissional estiver realizando atividades a menos de 1 metro de pessoas suspeitas ou infectadas pela COVID-19 (BRASIL, 2020). Coerente com a série americana que apontou que 13,7% das gestantes com Covid-19 eram assintomáticas na admissão,²⁷ o *Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists* (RANZCOG) estende o uso completo de EPI também na assistência à mulheres assintomáticas no segundo estágio clínico do parto.²⁸

Ainda é importante pontuar neste contexto que quando necessária a transferência para o hospital, esta deve acontecer em condições oportunas, que incluem tempo de deslocamento, transporte adequado e equipe especializada receptiva.²⁹⁻³⁰ Destaca-se que há uma lacuna no conhecimento das mulheres sobre a importância da organização da rede assistencial de suporte ao PDP em casos de encaminhamento, já que remetem confiança no tempo, seja para identificação da intercorrência ou para deslocamento.

Apesar das taxas de transferência nacionais, tanto para parturiente (15,6%), quanto para o recém-nascido (1,6%) e puérpera (1,9%) serem reduzidas,¹⁶ a mulher precisa conhecer a fragilidade da sua rede de referência para poder considerá-la na sua escolha. Os serviços de saúde no mundo todo sofreram uma forte pressão no que se refere ao acesso e à capacidade instalada insuficiente, o que está exigindo uma urgente

reorganização para atender as demandas específicas dos pacientes com coronavírus. No Brasil, a pandemia compromete ainda mais essa frágil relação entre a rede de serviços de saúde e os casos de transferências de partos domiciliares.

Como limitação do estudo, é importante citar o fato de o mesmo não ter sido desenvolvido no contexto da pandemia COVID 19, fragilizando as discussões acerca dos cuidados específicos como a prevenção e propagação do vírus, entretanto a divulgação destas informações é extremamente relevante neste momento. Soma-se a isso, o fato da pandemia ser recente e, portanto, existirem pouquíssimos estudos conclusivos acerca dos riscos associados ao parto e nascimento.

Entretanto, também cabe enfatizar a importância de cotejar a análise entre uma prática humanizadora do parto que busca transformar a realidade do parir e nascer no domicílio com a emergência de uma epidemia que exigiu a permanência de todos no ambiente domiciliar. Este estudo pode contribuir para guiar novas recomendações para a assistência em tempos de COVID-19, embora não existam recomendações nacionais sobre o PDP, esse pode ser o momento para repensar o cuidado ao parto e nascimento incluindo a necessidade de segurança das mulheres e suas percepções acerca de risco.

CONCLUSÃO

As informações compartilhadas pelas entrevistadas a respeito do PDP foram relevantes e suficientes para revelar aspectos a serem considerados no percurso decisório pelo local de parto em contexto de pandemia. As mulheres de risco obstétrico habitual, idade gestacional entre 37 a 42 semanas, com gestação única, feto em apresentação cefálica atendem aos critérios de elegibilidade. Contudo, além disso, precisam ter condições financeiras para investir com recursos particulares no parto em casa, visto que o mesmo não faz parte da política pública materno-infantil brasileira. Quanto aos profissionais que oferecem esse cuidado, em geral são enfermeiras obstetras, acompanhadas por outras categorias que apoiam o PDP.

No que diz respeito às intercorrências inerentes ao parto e nascimento a preocupação das mulheres com o recém-nascido, bem como a confiança adquirida nos profissionais para o manejo das intercorrências e encaminhamento são pontos fortes na escolha pelo PDP. Porém, em necessidade de transferência, evidenciou-se a falta de informações acerca das implicações da frágil integração do PDP à rede de assistência ao parto e nascimento na realidade brasileira.

O contexto da COVID-19 tem reforçado a importância de maiores informações a respeito do PDP, pois as mulheres têm reconhecido o domicílio como um local possível

para parir seus filhos. Quando informada sobre quem pode, quem atende, custos, como acontece e o que é feito na assistência ao PDP a mulher adquire subsídios para se tornar mais ativa nas suas escolhas e conseqüentemente mais responsável por elas. Portanto, a escolha é da mulher, mas para efetivá-la com segurança e coerência com seus valores e preferências, ela precisa conhecer os atores, o roteiro, cenário e contexto que especificam a glória e o drama de parir em casa.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Safe motherhood. Care in normal birth: a practical guide (WHO/FRH/MSM/96.24) [Internet]. Geneva; 1996 [acesso 2020 Maio 13]. Disponível em: <https://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?codlan=1&codcol=93&codcch=104>
2. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva; 2018 [acesso 2020 Maio 13]. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
3. Rodriguez-Morales AJ, Cardona-Ospina JA, Gutiérrez-Ocampo E, Villamizar-Peña R, Holguin-Rivera Y, Escalera-Antezana JP, et al. Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Travel Med Infect Dis* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Maio 13]; 34:101623. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101623>
4. Ministério da Saúde (BR). 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; 2020 [acesso 2020 Maio 13]. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/14/Protocolo-de-Manejo-Clinico-para-o-Covid-19.pdf>
5. Gutiérrez M, Zelaya S, Castellanos E, Domínguez R. Evidencia disponible sobre COVID-19 en mujeres embarazadas y lactancia materna. Instituto Nacional de Salud [Internet]. El Salvador; 2020 [acesso 2020 Maio 13]. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087778/evidencia-cientifica-sobre-embarazo-y-lactancia-covid-19-v2.pdf>
6. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico especial - 15. COE-COVID19. Secretaria de Vigilância em Saúde [Internet]. Brasília; 2020 [acesso 2020 Maio 13]. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/09/2020-05-06-BEE15-Boletim-do-COE.pdf>
7. Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, Hollingsworth TD. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *Lancet* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Maio 13];395(10228):931-934. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30567-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5)
8. Garcia LP, Duarte E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Maio 13];29(2):e2020222. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200009>

9. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS – DATASUS [Internet]. Brasília; 2020 [acesso 2020 Maio 13]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>
10. Santana NM. As gestantes em meio à pandemia de Covid-19. Le Monde Diplomatique Brasil [Internet]. 2020 [acesso 2020 Maio 13]. Disponível em: <https://diplomatie.org.br/as-gestantes-em-meio-a-pandemia-de-covid-19/>
11. Koettker JG, Brüggemann OM, Dufloth RM, Knobel R, Monticelli M. Outcomes of planned home birth assisted by nurses, from 2005 to 2009, in Florianópolis, Brazil. Rev Saude Publica [Internet]. 2012 [acesso 2020 Maio 13];46(4):747-750. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000051>
12. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Rev Pesqui Qual [Internet]. 2017 [acesso 2020 Maio 13];5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>
13. Koettker JG. Parto domiciliar planejado assistido por profissional qualificado nas regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil [Tese de doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2016.
14. Koettker JG, Brüggemann OM, Mucha Dufloth R, Monticelli M, Knobel R. Comparison of obstetric and neonatal outcomes between primiparous and multiparous assisted at home. Cienc Enferm [Internet]. 2015 [acesso 2020 Maio 13];21(2):113-125. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000200011>
15. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. Parecer técnico Coren/SC n. 023/CT/2016. Parto Domiciliar Planejado [Internet]. 2016 [acesso 2020 Maio 13]. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/PT-023-2016-Parto-Domiciliar-Planejado.pdf>
16. Koettker JG, Brüggemann OM, Freita PF, Riesco MLG, Costa R. Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2018 [acesso 2020 Maio 13];52:e03371. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017034003371>
17. Ministério da Saúde (BR). Diretriz nacional de assistência ao parto normal. Relatório de recomendação. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos [Internet]. Brasília; 2016 [acesso 2020 Maio 13]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf
18. Elwood C, Boucoiran I, Van Schalkwyk J, Money D, Yudin M, Poliquin V. Updated SOGC Committee Opinion - COVID-19 in pregnancy [Internet]. 2020 [acesso 2020 Maio 13]. Disponível em: https://www.sogc.org/en/content/featured-news/Updated-SOGC-Committee-Opinion__COVID-19-in-Pregnancy.aspx
19. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Coronavirus (COVID-19) infection in pregnancy. Information for healthcare professionals [Internet]. 2020 [acesso 2020 Maio 13];8. Disponível em: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-04-17-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy.pdf>
20. Bourgeois C, Ejiwunmi R, Erdman J, Hope N, MacDonald T, Meuser A, et al. Home birth during the COVID-19 pandemic. A viable option for all clients at low risk of complications. Association of Ontario Midwives [Internet] 2020 [acesso 2020 Maio 13].

Disponível em: https://www.knov.nl/serve/file/knov.nl/knov_downloads/3451/file/AOM_-_Choice_of_Birthplace_during_the_COVID-19_Pandemic_-_April_2020.pdf

21. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Guidance for provision of midwife-led settings and home birth in the evolving coronavirus (COVID-19) pandemic. Information for healthcare professionals [Internet]. 2020 [acesso 2020 Maio 13];1. Disponível em: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-04-09-guidance-for-provision-of-midwife-led-settings-and-home-birth-in-the-evolving-coronavirus-covid-19-pandemic.pdf>.

22. Collaço VS, Santos EKA dos, Souza KV de, Alves HV, Zampieri M de F, Gregório VRP. The meaning assigned by couples to planned home birth supported by nurse midwives of the Hanami team. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Maio 13];26(2):e6030015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006030015>

23. O'Brien D, Butler MM, Casey M. A participatory action research study exploring women's understandings of the concept of informed choice during pregnancy and childbirth in Ireland. *Midwifery* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Maio 13];46:1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.01.002>

24. 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* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Maio 13];26(1):e3110015. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003110015>

25. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Midwifery* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Maio 13];62:240-255. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.024>

26. Koettker JG, Brüggemann OM, Dufloth RM. Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [acesso 2020 Maio 13];47(1):15-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100002>

27. Sutton D, Fuchs K, D'Alton M, Goffman D. Universal screening for SARS-CoV-2 in women admitted for delivery. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Maio 13]. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMc2009316>

28. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. COVID-19: Protection of midwives and doctors in the birth unit [Internet]. 2020 [acesso 2020 Maio 13]. Disponível em: <https://ranzcog.edu.au/news/covid-19-protection-of-midwives-and-doctors-in-th>

29. Walker JJ. Planned home birth. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Maio 13];43:76-86. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.06.001>

30. De Jonge A, van der Goes BY, Ravelli AC, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low risk planned home and hospital births. *BJOG* [Internet]. 2009 [acesso 2020 Maio 13];116(9):1177-1184. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02175.x>

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação – Informações que contribuem na tomada de decisão da mulher pelo Parto Domiciliar Planejado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2020.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Volpato F, Costa R.

Coleta de dados: Volpato F.

Análise e interpretação dos dados: Volpato F, Costa R, Lima, MM.

Discussão dos resultados: Volpato F, Costa R.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Volpato F, Costa R, Lima MM, Verdi MIM, Scapin SQ, Gomes IEM.

Revisão e aprovação final da versão final: Costa R.

AGRADECIMENTO

Agradecemos às mulheres que compartilharam sua experiência sobre a tomada de decisão pelo PDP.

FINANCIAMENTO

Este estudo recebeu financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) através de bolsa de pesquisa.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, parecer n. 3.090.383, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 03431718.2.0000.0121.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

AUTOR CORRESPONDENTE

Franciele Volpato

franparteira@gmail.com