UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARIANA VITOR PEPPE

**A assistência puerperal prestada pelas enfermeiras obstetras e/ou obstetrizes que
realizam o parto domiciliar planejado no estado de São Paulo**

Ribeirão Preto
2017

MARIANA VITOR PEPPE

A assistência puerperal prestada pelas enfermeiras obstetras e/ou obstetrizes que realizam o parto domiciliar planejado no estado de São Paulo

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Juliana Stefanello

Ribeirão Preto
2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Peppe, Mariana Vitor

A assistência puerperal prestada pelas enfermeiras obstetras e/ou obstetrizes que realizam o parto domiciliar planejado no estado de São Paulo. Ribeirão Preto, 2017.

126 p.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Juliana Stefanello

1. Enfermagem obstétrica. 2. Período pós-parto. 3. Parto domiciliar. 4. Parto humanizado. 5. Parto Normal. 6. Obstetrizes.

Nome: PEPPE, Mariana Vitor

Título: A assistência puerperal prestada pelas enfermeiras obstetras e/ou obstetrizes que realizam o parto domiciliar planejado no estado de São Paulo

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: ____/____/____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

“Éramos uns poetas loucos, místicos. Éramos tudo que não era são. Agora são com dados estatísticos, os cientistas que nos dão razão”. Dedico esse trabalho para todas nós Marias que lutam diariamente contra um sistema que não respeita e considera as suas vontades, suas individualidades, sua autonomia e seu protagonismo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por todas as oportunidades e por estar sempre ao meu lado me guiando.

À minha orientadora Prof. Dr^a Juliana Stefanello, pela sua paciência, incentivo, parceria, por acreditar em mim, e também, por ser a responsável em despertar a minha paixão pela obstetrícia. Sem aquela aula de Mecanismos do Parto eu jamais escolheria a obstetrícia, te admiro muito.

Aos membros da banca examinadora desse trabalho, por ter aceitado o convite e pela disponibilidade em colaborar para o meu aperfeiçoamento pessoal e profissional.

À minha família, minha mãe Ana Maria, meu irmão Alexandre, minha cunhada Emanuelle e meus sobrinhos Giulia e Rapha, obrigada por tanto amor, pelo carinho, pelo apoio e por entender a minha ausência. Amo vocês.

À minha irmã Bruna, amiga, parceira e parteira que a vida me deu. Sem você essa pesquisa jamais existiria. Obrigada por me mostrar o melhor do nosso trabalho e por confiar e dividir essa missão comigo. Obrigada aos meus amigos da vida Giovana, Renata, Fernanda, Kelly, Mateus, Francisco, Patrícia, Livia, Luiza, Nane, Caroline, pelo apoio, carinho e incentivo de sempre. Aos amigos da Villa, nossa convivência foi fundamental para eu me transformar na pessoa que sou hoje, sinto diariamente a falta de vocês. Ter todos vocês ao meu lado torna a vida mais leve e divertida.

À todas as parteiras que com carinho aceitaram participar dessa pesquisa, obrigada por compartilhar comigo as histórias, experiências e conhecimentos. A colaboração de vocês foi fundamental.

Agradeço, de maneira especial, a todas as mulheres que com coragem desafiam o Sistema e escolhem o respeito, o protagonismo, a confiança e amor. Acreditar que podemos mudar a forma de nascer em nosso país é desafiador, mas contribuir para isso é muito gratificante. Meu melhor sorriso e respeito para vocês.

RESUMO

PEPPE, M. V. **A assistência puerperal prestada pelas enfermeiras obstetras e/ou obstetrizes que realizam o parto domiciliar planejado no estado de São Paulo.** 2017. 126 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

O nascimento é um evento natural que através dos tempos sofreu diversas modificações, levando o parto, que até então era privado, íntimo e feminino, a ser vivido de maneira pública e institucional. Atualmente vivencia-se a desmedicalização do parto e um aumento na procura das gestantes pela opção de parir em casa. No domicílio toda ação é desenvolvida em função das necessidades da mulher, e este modelo, não se resume apenas no parto domiciliar planejado, mas também na assistência pré-natal e puerperal. O puerpério é um período de adaptação física e emocional, a assistência puerperal deve garantir um olhar voltado já às primeiras alterações após o parto, devendo ser iniciado e executado um plano de cuidado. Tem-se como objetivo geral compreender o cuidado prestado pela enfermeira obstetra e/ou obstetriz no período puerperal de um parto domiciliar planejado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que contou com a participação de doze parteiras que assistem partos domiciliares em algumas regiões do estado de São Paulo. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semi-estruturada, com a seguinte questão norteadora: “Me fale sobre a assistência que você presta no período puerperal de um parto domiciliar”. Os dados coletados foram transcritos na íntegra e, posteriormente, analisados, utilizando o método de Interpretação dos Sentidos. Da análise emergiram três categorias: “Motivações e valores que levaram as parteiras de volta para o domicílio”, “O parto em casa tem que ser planejado” e “O cuidado puerperal de um parto domiciliar planejado”, diversos cuidados foram descritos na assistência domiciliar prestada para a mulher e para o recém-nascido. A síntese apresentada infere que a assistência puerperal domiciliar prestada pelas parteiras é individualizada, entretanto, se faz necessário, uma melhora na qualidade da abordagem emocional e pessoal da puérpera. Os resultados evidenciaram que as parteiras enfatizam mais os cuidados biomédicos do que os emocionais e humanísticos, dessa maneira é fundamental apontar que essa assistência deve ser ampliada para uma abordagem integral e individualizada.

Descritores: Enfermagem obstétrica; Período pós-parto; Parto domiciliar; Parto humanizado Parto Normal; Obstetrizes;

ABSTRACT

PEPPE, M. V. **Postpartum care provided by nurse midwives who assist planned home births in the state of São Paulo.** 2017. 126 f. Dissertation (Master) –Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Childbirth is a natural event that has suffered several changes over time, and what was once experienced in a private, intimate, and feminine world, became public and institutional. Currently, there has been a demedicalization of childbirth, and an increase in the search by pregnant women to give birth at home. In the household, every action is developed considering the woman's needs, and this model is not only applied to the planned home birth, but also to prenatal and postpartum care. Postpartum is a period of physical and emotional adaptation, and postpartum care must ensure attention is given to the first changes after birth, when a care plan must be started and executed. The main objective of this study was to understand the care provided by nurse midwives in the postpartum period following a planned home birth. A qualitative study was developed with twelve nurse midwives who assist planned home births in different regions in the state of São Paulo. Data were collected by means of a semi-structured interview with the following guiding question: "Tell me about the care you provide in the postpartum period following a planned home birth". The collected data were fully transcribed and later analyzed using the Interpretation of Meanings method. Analysis resulted in three categories: "Motivations and values that led the nurse midwives back to the household setting", "Home childbirth must be planned", and "Postpartum care for a planned home birth", and different care measures were described in the home care provided to women and newborns. The synthesis presented suggests that the postpartum home care provided by nurse midwives is individualized, however the quality of the postpartum women's personal and emotional approach must be improved. The results evidenced that the nurse midwives emphasize biomedical care rather than an emotional and humanizing assistance, thus it is fundamental to point out that this care must be broadened to a comprehensive and individualized approach.

Descriptors: Obstetric nursing; Postpartum period; Home childbirth; Humanizing delivery; Natural childbirth; Midwives.

RESUMEN

PEPPE, M. V. **Asistencia puerperal prestada por las enfermeras obstetras y las parteras que realizan el parto domiciliario planeado en el estado de São Paulo. Brasil 2017.** 126 f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017

El nacimiento es un evento natural que ha experimentado diversas modificaciones, pasando de ser una experiencia privada, íntima y femenina, a ser vivido de manera pública e institucional. Actualmente se propone la *desmedicalización* del parto y se experimenta un aumento en la opción de parir en casa. En el domicilio toda acción es desarrollada en función de las necesidades de la mujer, incluyendo el parto domiciliario planeado y la asistencia prenatal y puerperal. El puerperio es un período de adaptación física y emocional, la asistencia puerperal debe garantizar un enfoque dirigido a las primeras alteraciones después del parto, diseñando y ejecutando un adecuado plan de cuidados.

El objetivo general de este estudio es comprender el cuidado prestado por enfermeras obstetras y parteras en el período puerperal de un parto domiciliario planeado. Se trata de un estudio cualitativo, que contó con la participación de doce parteras que atienden partos domiciliarios en algunas regiones del Estado de São Paulo. Los datos fueron recogidos por medio de una entrevista semiestructurada, con la siguiente pregunta *norteadora*: “Háblame sobre la asistencia que prestas en el período puerperal de un parto domiciliario”. Los datos recolectados fueron transcritos íntegramente y, posteriormente, analizados, utilizando el método de Interpretación de los Sentidos. Del análisis emergieron tres categorías: “Motivaciones y valores que llevaron a las parteras de vuelta para el domicilio”, “El parto en casa tiene que ser planeado” y “El cuidado puerperal de un parto domiciliario planeado”. Diversos cuidados fueron descritos en la asistencia domiciliar a la mujer y al recién nacido. La síntesis presentada sugiere que la asistencia puerperal domiciliar prestada por las parteras es individualizada y también que es necesario mejorar la calidad del abordaje emocional y personal de la puérpera. Los resultados evidencian que las parteras enfatizan más los cuidados biomédicos que los emocionales y humanísticos, por lo cual es fundamental apuntar que esa asistencia debe ser ampliada para un abordaje integral e individualizado.

Descriptores: Enfermería obstétrica; Período pos-parto; Parto domiciliario; Parto humanizado; Parto Normal; Parteras

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Informações Sociodemográficas dos Participantes.....	44
Quadro 2 - Apresentação das categorias e subcategorias.....	47

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mesorregiões do Estado de São Paulo.....	46
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

ABENFO – Associação Brasileira de Obstetrizas e Enfermeiros Obstetras

ABO – Associação Brasileira de Obstetrizas

ACTH – Hormônio Adrenocorticotrófico

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AO-USP – Associação de Alunos e Egressos do Curso de Obstetrícia – Universidade de São Paulo

BCG – Bacilo de Calmette-Guérin

COBEON – Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COREN-SP – Conselho Regional de Enfermagem – São Paulo

CPN – Centro de Parto Normal

DNV – Declaração de Nascido Vivo

EACH-USP – Escola de Artes, Ciências e Humanidades – Universidade de São Paulo

FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics

GAMA – Grupo de Apoio à Maternidade Ativa

GAPP – Grupo de Apoio ao Parto do Princípio

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAISC – Programa de Assistência à Saúde da Criança

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PDP – Parto Domiciliar Planejado

PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

REHUNA – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

ROCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. OBJETIVOS.....	20
2.1. Objetivo geral.....	20
2.2. Objetivos específicos.....	20
3. CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO.....	22
3.1. Formação e atuação da parteira, enfermeira obstetra e obstetriz no Brasil.....	22
3.2. Parto domiciliar planejado no Brasil.....	27
3.3. O cuidado no período puerperal.....	31
4. MÉTODO.....	37
4.1. Abordagem qualitativa.....	37
4.2. Participantes do estudo.....	37
4.3. Coleta de dados.....	38
4.4. Análise dos dados.....	40
4.5. Aspectos éticos.....	41
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
5.1. Caracterização dos sujeitos do estudo.....	43
5.2. Análise qualitativa.....	47
5.3. Categoria 1 – motivações e valores que levaram as parteiras de volta para o domicílio.....	48
5.4. Categoria 2 – o parto em casa tem que ser planejado.....	56
5.4.1. Respeita, silêncio, fica invisível.....	65
5.5. Categoria 3 – o cuidado puerperal de um parto domiciliar planejado.....	67
5.5.1. O puerpério como parte da atenção pré-natal.....	68
5.5.2. Os primeiros cuidados e o começo do puerpério.....	71
5.5.3. Individualizando o cuidado com a mulher.....	75
5.5.4. O cuidado com o recém-nascido de um parto domiciliar planejado.....	79
5.5.4.1. Prevenção da doença hemorrágica do recém-nascido.....	81
5.5.4.2. Profilaxia oftálmica neonatal.....	84

5.5.4.3. A dificuldade de emitir a Declaração de Nascido Vivo.....	86
5.5.4.4. Encaminhamento do bebê para a triagem neonatal.....	87
5.5.5. Acompanhamento puerperal domiciliar – a função da parteira não termina quando nasce o bebê.....	89
5.5.6. Descarte dos resíduos biológicos e perfurocortantes.....	98
 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 104
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 110
 APÊNDICES.....	 121
 ANEXOS.....	 125

INTRODUÇÃO

1 - INTRODUÇÃO

O nascimento dentro de um contexto histórico é considerado como um evento natural, as primeiras civilizações já agregavam a esse acontecimento diversos significados culturais, que através dos tempos sofreram algumas modificações. O parto e nascimento ainda são considerados como um dos fatos mais marcantes da vida. Por muito tempo o parto foi um evento privado, íntimo e feminino, passando a ser vivido de maneira pública e institucional, esse tipo de assistência à mulher transformou o parto em um momento desconhecido e amedrontador (WOLFF; MOURA, 2004).

A institucionalização do parto, que foi predominante desde a Segunda Guerra Mundial, fez com que o parto deixasse de ser um evento natural, dessa maneira, o corpo feminino passou a ser entendido como algo que necessitasse de intervenção e de medicalização, além de ser posse do saber-poder-fazer masculino. Essa condição transformou o corpo feminino em um objeto da Medicina e o parto em um evento médico (GONÇALVES et al., 2014; PROGIANTI; BARREIRA, 2001).

Segundo Vieira (2002), um dos motivos que gerou a institucionalização do parto, foi a necessidade da criação de campo de estágio para a formação dos médicos, favorecendo o conhecimento acerca do corpo feminino. Outro aspecto histórico que se deve levar em consideração foi o desenvolvimento da assepsia, que rotulou o hospital como o local mais seguro para o atendimento à gestante e ao parto, já que naquela época as taxas de mortalidade materna eram muito altas (PROGIANTI; BARREIRA, 2001).

Essa mudança da assistência ao parto para o cenário hospitalar, incluiu na cena do parto algumas rotinas cirúrgicas, como a episiotomia e o fórceps profilático. Ao longo desse processo histórico, a mudança no ato de parir, que anteriormente era uma experiência subjetiva e de vivência no ambiente domiciliar para a mulher e sua família, passa a ser caracterizada pelo modelo biomédico e tecnocrático, que classifica o nascimento como um processo patológico, com altos índices de intervenção, que tem no hospital o seu centro de atenção e uso de tecnologia sofisticada. Nesse modelo, a mulher é objeto do processo, é desvalorizada, é infantilizada e é violentada nos seus direitos e sua autonomia (GONÇALVES et al., 2014; LIMA, 1998; OSAVA, 1997).

Entretanto, na sua essência, o parto é um universo de acontecimentos próprios, uma experiência feminina e familiar, com elevados níveis de sentimentos, emoções, preocupações e dúvidas, sendo necessário que esse afeto permeie os cuidados voltados para a gestante e seus familiares (WOLFF; MOURA, 2004). Há de se considerar o nascimento como um processo

natural, que envolve fenômenos biológicos, psíquicos, econômicos, sociais, culturais e que tem como centro da atenção a mulher, a família, a comunidade e o uso de tecnologia simples e eficaz, dessa forma, a mulher passa a ser sujeito do processo, e determina o que deve ser realizado e o que acha melhor para si mesma e seu filho, tirando esse poder de decisão da equipe de assistência (LIMA, 1998).

Mesmo imbuídos dessa natureza do processo de parir, e embasados nas diversas evidências científicas que comprovam tal fato e desaprovando o modelo hegemônico vigente, as mudanças nas práticas assistenciais se tornam uma luta política, social, cultural e também diária de cada mulher e profissional que acredita que é preciso um parir mais humano.

E é nesta perspectiva que atualmente vivenciamos a desmedicalização do parto e nascimento. Segundo Vargens e Progiante (2004), desmedicalizar a assistência significa ao mesmo tempo, apresentar às mulheres outras opções, como as tecnologias não invasivas de cuidado, e eliminar o raciocínio clínico como única alternativa para entender a parturição. Esse processo implica em uma mudança de atitude pelos profissionais de saúde na maneira que se relacionam com a mulher.

A adoção de modelos de atenção obstétrica mais humanizados, tem sido debatida de forma ampla em todo mundo. O modelo humanizado adota práticas baseadas em evidências científicas, que respeitam a fisiologia do parto e nascimento, reduzem as intervenções desnecessárias e respeitam às escolhas da mulher (OMS, 1996). Nesse contexto, humanizar envolve a responsabilização dos diversos atores inseridos no cenário do parto e nascimento, em conjunto com a mudança no cotidiano das práticas realizadas no modelo atual da assistência obstétrica.

Diversos conselhos de classe, e sociedades científicas internacionais e nacionais, são favoráveis ao parto domiciliar planejado - PDP, existem recomendações que devem ser seguidas para a elegibilidade das mulheres que queiram parir em casa. São fatores de eleição: mulheres com idade gestacional entre 37 e 42 semanas, com gestação de risco habitual, e que sejam atendidas por profissionais qualificados e experientes. Deve ser traçado um plano alternativo para emergências com a mãe e/ou bebê e, em caso de transporte, esse deve ser adequado, garantindo segurança e rapidez no atendimento. Cabe ao profissional avaliar as condições do domicílio, que deve estar em condições higiênicas e dispor de todo o material necessário para a assistência ao parto e nascimento (CORENSP, 2011; FIGO, 1992; OMS, 1996; ROCOG, 2007).

Sabemos que a partir do momento que a mulher permanece dentro do seu domicílio, ela não se sujeita às normas ditadas pelo modelo hegemônico e às relações de poder com o

profissional. A mulher que escolhe parir em casa, encontra em seu domicílio uma sensação de segurança e privacidade que ela jamais teria em um ambiente hospitalar. Estando em seu lar, a mulher manifesta seu protagonismo de forma ativa, tendo a liberdade e autonomia para participar de todas as decisões que envolvem o seu parto. O domicílio é um facilitador do parto natural, garantindo o conforto e a privacidade necessária para o equilíbrio hormonal, sendo este, o elemento mais importante para o resultado satisfatório do parto. Este ambiente intimista que o domicílio proporciona, valoriza o vínculo e a importância de todas as pessoas que estão envolvidas no parto, estabelecendo uma relação de confiança e envolvimento emocional e afetivo, inclusive para os profissionais que assistem ao parto (MEDEIROS et al., 2008).

O parto domiciliar planejado traz diversas vantagens e benefícios, benefícios esses que podem ser confundidos com motivações que influenciam a escolha deste tipo de assistência. As mulheres que escolhem parir em sua casa, contam com uma maior liberdade de escolha para movimentação e posição, alimentação, manifestação de comportamentos, maiores índices de contato pele a pele imediato com seu bebê e aleitamento materno na primeira hora de vida, além de apresentarem maiores taxas de parto vertical e de satisfação da mulher. Os estudos ainda demonstram menores taxas de morbidade materna grave, hemorragia pós-parto, remoção manual da placenta e intervenções como episiotomia e amniotomia (BRASIL, 2014; JANSSEN, et al., 2009; KOETTKER et al., 2012; MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008; SANFELICE; SHIMO, 2014).

Observa-se um aumento das ações humanizadas voltadas para o momento do parto e nascimento, entretanto, nem sempre o mesmo ocorre durante a assistência no período puerperal, que é caracterizado como um momento de adaptação física e emocional, no qual a mulher vivencia o dilema entre as expectativas construídas durante a gestação e a verdadeira realidade do puerpério, sendo um período que requer uma atenção integral (PENNA; CARINHANHA; RODRIGUES, 2006). Uma transição existencial ocorre durante o puerpério, envolvendo os aspectos emocionais, como a relação mãe-bebê, o bebê que não é mais idealizado, e sim, um ser real e diferente da mãe, e também, as necessidades do bebê que são amplamente priorizadas perante as necessidades da mulher (BRASIL, 2006).

A assistência puerperal deve garantir um olhar voltado para as primeiras alterações após o parto, como estresse, dores, amamentação, insegurança, medo, dependência e os sentimentos de ambivalência. Um plano de cuidados deve ser iniciado e executado, de maneira que ofereça um suporte, que garanta a orientação sobre o autocuidado e os cuidados com o bebê, bem como uma valorização das possíveis transformações psicossociais. A consequência de uma assistência puerperal não satisfatória gera alguns episódios patológicos como infecções,

traumas mamilares, mastites, desmame precoce, gestações precoces, situações de estresse e depressões (RUGOLO et al., 2004).

Quando comparado com outras fases do ciclo gravídico-puerperal, o puerpério é o período que resulta em maior vulnerabilidade da mulher, podendo apresentar algumas complicações como: hemorragias, infecções, intercorrências mamárias e depressão pós-parto. No âmbito hospitalar, o tempo de assistência destinado a esse período é pequeno, pois após a resolução do parto, a alta hospitalar está cada vez mais precoce, 24 horas para o parto normal e 48 horas para o parto cesárea. A fase puerperal é considerada como um momento de fragilidades e pode-se observar na prática, que existe uma desatenção por parte dos profissionais de saúde, no que se refere ao cuidado puerperal, o que não ocorre nos demais períodos do ciclo gravídico, como por exemplo, na gestação e no parto (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008).

Sabemos que a assistência no pós-parto, por parte do profissional de saúde, é ausente ou pontual, sendo a família a principal fonte de cuidados neste momento. Entretanto, em um contexto onde rege a humanização, como no parto domiciliar planejado, nos questionamos: estando o parto no domicílio, como é o cuidado prestado pelas enfermeiras obstetras e obstetrizes no puerpério? Há uma continuidade do cuidado na mesma lógica da atenção ao parto domiciliar planejado?

Partimos do pressuposto, de que o cuidado prestado pelas enfermeiras obstetras e obstetrizes na fase puerperal de um parto domiciliar planejado, esteja atendendo às necessidades das mulheres, já que o modelo de cuidado é centrado no protagonismo e autonomia da mulher, no respeito à fisiologia dos processos, entre outros. Ainda, acreditamos que como essa mulher está mais preparada e empoderada para esse momento, consequentemente, ela estará mais apta à perceber e expressar suas necessidades, dessa maneira, conseguirá ser mais assertiva ao expor suas questões para o profissional.

Entendemos ainda, que a compreensão de como é prestado o cuidado puerperal de um parto domiciliar, poderá suscitar novas formas de cuidado, bem como, auxiliar na criação de diretrizes ou guias para o cuidado puerperal de um parto domiciliar planejado.

OBJETIVOS

2 - OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender o cuidado prestado pela enfermeira obstetra e/ou obstetriz no período puerperal de um parto domiciliar planejado.

2.2 Objetivos específicos

- Compreender qual o modelo que sustenta o cuidado prestado pela enfermeira obstetra e/ou obstetriz no período puerperal de um parto domiciliar planejado.
- Identificar as ações de cuidado prestadas pela enfermeira obstetra e/ou obstetriz no período puerperal de um parto domiciliar planejado.

CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO

3 - CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO

Nessa revisão de literatura foram abordados três assuntos principais. O primeiro voltado para a formação e atuação da parteira, enfermeira obstetra e obstetriz no Brasil, o segundo voltado ao parto domiciliar no contexto do Brasil, e em seguida a questão do cuidado prestado no período puerperal.

3.1 Formação e Atuação da Parteira, Enfermeira Obstetra e Obstetriz no Brasil

Em meados do século XIX, a formação de parteiras teve seu início junto às escolas médicas, que foram as responsáveis por essa formação até o século XX. O primeiro registro legal sobre o ensino de parteiras foi datado no ano de 1832, em conjunto com a transformação das Academias Médico-cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia para Faculdades de Medicina, sendo incluído na grade de ensino dessas faculdades o Curso de Partos. Até esse momento, as mulheres que se dedicavam a assistir aos partos possuíam uma “carta de exame”, fornecida pelo Físico-Mor ou Cirurgião-Mor do Império, representando assim, o início do controle sobre o exercício das atividades das parteiras pelos médicos (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002). Osava e Tanaka (1997) acrescentam que nesse período os principais defensores do trabalho da parteira eram os médicos clínicos, para eles, a presença masculina no parto constituía um atentado ao pudor, dessa forma, defendiam a formação das parteiras. Diferente dessa ideia, os médicos cirurgiões não concordavam com os clínicos e defendiam a presença do médico na gravidez e no parto.

Até 1949, toda a legislação do ensino de parteiras esteve ligada à legislação da medicina, sendo o motivo de vários decretos que determinavam a denominação dos cursos, bem como, as exigências para o egresso das alunas, o currículo a ser seguido e o título de parteira a ser conferido. Na década de 20, as enfermeiras especializadas passaram a ser denominadas de parteiras, sendo que o termo obstetriz teve sua primeira aparição como consequência do título recebido pelas profissionais formadas no Curso de Obstetrícia da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Com relação ao ensino da enfermagem no Brasil, no ano de 1890, foi criada no Rio de Janeiro, a Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros, e já no início do século XX, foram fundadas novas escolas públicas e particulares em diversas regiões do país, sendo a de maior destaque a Escola Dona Anna Nery, criada em 1923 no Rio de Janeiro (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

A partir de 1931, as enfermeiras formadas que realizavam o curso de parto passaram a ser chamadas de enfermeiras obstétricas. As divergências entre enfermeiras e parteiras começaram quando as enfermeiras reivindicaram que a formação em enfermagem, fosse um pré-requisito para o curso de parto, já as parteiras, defendiam que a enfermagem e a obstetrícia eram profissões afins, mas diferentes, e que o curso de parto deveria permanecer sob responsabilidade do ensino médico. O termo obstetriz serviu para designar as egressas das escolas de obstetrícia vinculadas às escolas médicas, sendo um termo substituto da palavra “parteira” (OSAVA; TANAKA, 1997).

Já na década de 50, foi publicado um texto que regulamentava o exercício da enfermagem profissional e que por sua vez, diferenciava a obstetriz das demais categorias, ou seja, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, parteira, enfermeiro prático e parteira prática (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Segundo as autoras citadas acima, foram acrescentadas na formação das parteiras algumas exigências para a admissão no curso, como idade mínima, conhecimentos das Ciências Humanas, Biológicas e Exatas, além da inserção da carga horária para estágio. A partir de então, os médicos começaram a propor a junção entre o trabalho da parteira e da enfermeira, estimulando a formação de parteiras que também fossem enfermeiras, com o objetivo de buscar mudanças na atuação das parteiras, limitando a sua prática independente, controlando o seu espaço na assistência ao parto e impondo a hierarquia existente entre as enfermeiras e os médicos no ambiente hospitalar.

Ainda em meados do século XX, começaram algumas modificações na legislação do ensino das parteiras, ocorreu a extinção dos cursos de parteiras, que foram substituídos pela criação dos cursos de enfermeiras de maternidade, anexos às faculdades de medicina. Com isso, em 1925, o curso de parteiras da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro foi encerrado, e em 1927, a grade curricular da Escola de Parteiras de São Paulo sofreu algumas modificações, como a inclusão da disciplina de Enfermagem Geral. Em 1931, a escola passou a se chamar Escola de Obstetrícia e Enfermagem Especializada, modificando a duração do curso para três anos e ao seu final as alunas conquistavam o título de Parteira e de Enfermeira Especializada (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Ocorreu em 1968 uma Reforma Universitária que vetou a duplicidade de cursos com as mesmas finalidades, esse veto foi o responsável pelo fim dos cursos de partos oferecidos pelas escolas médicas, ficando sob responsabilidade exclusivamente das escolas de enfermagem, a formação de parteiras. Essa duplicidade de profissões obstetriz e enfermeira obstétrica, significava dois modelos diferentes de formação profissional: o modelo europeu, relacionado

às escolas médicas e o modelo norte-americano, relacionado às escolas de enfermagem. Essa mudança no âmbito da formação destruiu um paradigma profissional, de autonomia e de formação voltada exclusivamente para o parto (RIESCO; TSUNECIRO, 2002).

Na década de 80 a enfermagem conquistou pontos importantes no seu desenvolvimento enquanto profissão, entretanto, distante ainda do que entendemos por autonomia e emancipação das ideias e ações. Dentro do contexto político, houve a criação do PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e do PAISC - Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, programas estes que tiveram como proposta governamental um modelo de assistência que tinha como característica inicial um caráter interdisciplinar e multiprofissional, focalizando uma atuação realizada pela Equipe de Saúde que tinha o enfermeiro como um dos membros da equipe. A publicação ministerial que norteava o PAISM foi a primeira a registrar a atuação do enfermeiro por meio da “Consulta de Enfermagem”. Observa-se que neste Programa, a enfermagem, era considerada como um recurso fundamental de assistência à saúde. Ocorreu nesta década também a promulgação da Lei do Exercício Profissional – Lei nº 7.498/86 (LESSA, 2012).

Com a regulamentação do exercício profissional da enfermagem, foram definidas e atribuídas diferentes categorias profissionais que a compõem, incluindo as da obstetriz, da parteira e da enfermeira obstetra. Quanto às atribuições da Enfermeira, estas foram definidas em dois âmbitos: privativamente e como integrante da equipe de saúde. Assim, privativamente, compete à Enfermeira dentre outras funções, a direção e a coordenação de serviços de enfermagem; a realização da consulta de enfermagem; a prescrição de enfermagem; o tratamento e o cuidado aos pacientes graves; de acordo com a Lei nº 7.498/86. No Artigo 11, inciso II: a Enfermeira foi reconhecida como uma profissional que possui a competência legal para: assistência de Enfermagem à gestante, à parturiente e à puérpera; acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; execução do parto sem distócia (BRASIL, 1986), cabendo ainda às portadoras de certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, a identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; assim como a realização da episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local. Essa legislação respaldava as enfermeiras, no que se diz respeito, à assistência ao parto de risco habitual e a atenção ao ciclo gravídico-puerperal (LESSA, 2012).

Outro marco importante para a enfermagem obstétrica foi a criação da ABENFO – Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras, sendo originária da ABO – Associação Brasileira de Obstetizes, fundada em 1954, essa entidade é de direito privado e sem fins lucrativos, de caráter sociocultural, técnico-científico e político, tem por finalidade

favorecer o desenvolvimento e o progresso da enfermagem na área. Para Riesco e Fonseca (2002), a criação da ABENFO significou o início de um movimento de inserção das enfermeiras obstetras no cenário do parto ao nível nacional, pois a quantidade de profissionais formadas ainda era pequena e essas mantinham uma participação mínima na assistência ao parto.

Os anos 90 também foram de grande importância para o estímulo da inclusão da enfermeira obstetra no cenário do parto e nascimento, nessa década houve ainda a realização do I COBEON – Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal, que incluía em seu programa fóruns de debates relacionados ao ensino, pesquisa e prática profissional, este evento ainda existe e é realizado a cada dois anos (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Em 1994 o currículo mínimo da graduação em enfermagem foi modificado e as habilitações oferecidas durante a graduação foram extintas. Com isso, o único meio de se ter uma formação específica de profissionais não-médicos na área de obstetrícia, era a realização do curso de especialização, no nível de pós-graduação *lato sensu* (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Caminhando na mesma perspectiva, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.815/98, que determina o valor a ser pago para as instituições, nos casos de partos realizados por enfermeiro no âmbito do SUS, autorizando a enfermeira obstetra a assinar o Laudo de Internação Hospitalar. Em 1999, o Ministério da Saúde publicou a Portaria de nº 985/99, que autorizava a criação dos Centros de Parto Normal – CPN, sendo esses vinculados ao SUS (BRASIL, 2000).

Com base nesse contexto, desde 1998, o Ministério da Saúde e diversas Secretarias Estaduais seguem estabelecendo políticas e estimulando a formação e qualificação de enfermeiras obstetras, a fim de inserir essas profissionais na assistência ao parto normal. Essas políticas deram origem à um grande movimento liderado pela ABENFO, com apoio do Ministério da Saúde e das Escolas de Enfermagem, que teve como objetivo, a ampliação da oferta dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica (RIESCO; FONSECA, 2002; RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

A partir de então, diversos eventos foram realizados com a intenção de favorecer a discussão e o intercâmbio de informações para melhorar a assistência ao parto nascimento no Brasil. Dentre os mais relevantes estão, o I Congresso Internacional pela Humanização do Parto e Nascimento, realizado em 2000 na cidade de Fortaleza - CE, com a presença média de dois mil participantes, este evento contou com diversos convidados internacionais e nacionais na área da saúde, o que facilitou a criação de parcerias intelectuais, reforçando o movimento por um novo modelo de atenção obstétrica em nosso país, participaram das reflexões e debates

grandes nomes da obstetrícia, como Michel Odent, Robbie Davis Floyd e Naoli Vinaver Lopez (LESSA, 2012).

Toda essa mobilização contribuiu para que a expressão parto humanizado fosse popularizada entre os profissionais e usuários do sistema. O Governo Federal seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde, deu início a divulgação de uma nova compreensão sobre a fisiologia e o uso correto das tecnologias apropriadas para o parto e nascimento. Coube às enfermeiras, serem as profissionais mais sensíveis às propostas de humanização e desmedicalização da assistência obstétrica, adotando algumas práticas de cuidado que eram discriminadas pelos outros profissionais e também, utilizando com menor frequência as práticas que eram rotineiras (LESSA, 2012; SEIBERT, 2010).

Desde então, a assistência obstétrica em nosso país é alvo de diversas discussões, na maioria das vezes organizadas pelas frentes que apoiam a modificação do modelo atual de atendimento às gestantes. Os Governos Federal e Estadual, também estimulam a prática da humanização do parto e nascimento, bem como, a inserção da enfermeira obstetra no atendimento ao parto de risco habitual. Soma-se ainda, entre essas ações, a proposta de capacitar os profissionais de saúde para promover a atenção humanizada e holística na área materno-infantil. Para estimular essa prática, o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde – OPAS/OMS, financiaram a abertura de diversos cursos de especialização em enfermagem obstétrica em todo país (BRASIL, 2014).

Em concordância com aumento da oferta dos cursos de pós-graduação em enfermagem obstétrica, no ano de 2005, o curso de graduação em Obstetrícia, que teve seu cancelamento após a reforma universitária, começou novamente a ser oferecido pela Escola de Artes Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo - EACH – USP. As disciplinas foram organizadas de forma teórico-prática e com o foco na promoção da saúde da mulher. Com a formação dos egressos da primeira turma, começaram a surgir alguns entraves relacionados ao registro de profissão dessas obstetrizes, e após diversas discordâncias entre Ministério da Educação e o Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, foi deliberado ao COFEN a emissão do registro profissional para as formandas do curso, denominando-as como “Obstetriz” (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2013).

Recentemente o COFEN publicou a resolução de nº 0516/2016 que normatiza a atuação e a responsabilidade de cada profissional Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência (COFEN, 2016).

Nesse contexto, em que as políticas públicas relacionadas ao cuidado à saúde da mulher incentivam a prática da obstetrícia com o mínimo de intervenções, a fim de diminuir a mortalidade materna e neonatal, as enfermeiras obstetras e as obstetrizes estão lentamente sendo inseridas no atendimento obstétrico dessas mulheres. Com esse novo cenário, as enfermeiras obstetras e obstetrizes estão desenvolvendo habilidades diferentes do modelo que é centrado no biomédico, essas profissionais atuam em busca de um cuidado humanizado e desmedicalizado, sendo esse, um dos motivos que aproximou a assistência ao parto domiciliar planejado nos grandes centros, mesmo que ainda seja restrito à iniciativa privada (LESSA, 2012; PROGIANTI et al., 2008).

Com essa postura frente ao novo modelo de assistência obstétrica, o conhecimento adquirido pelas enfermeiras obstetras significou uma conquista para a categoria que saiu da posição de submissão e passou a atuar diretamente na assistência ao parto, tornando-se ativistas no campo hospitalar, e mais recentemente, no parto domiciliar.

3.2 Parto Domiciliar planejado no Brasil

A humanização do parto e do nascimento é um movimento que busca a individualidade e a humanidade da mulher que está para parir, segue na contramão da cultura de cesáreas eletivas e da assistência ao parto intervencionista, predominante no nosso país. A humanização da assistência envolve muito mais que conhecimento, está relacionada com práticas e ações que objetivam promover o parto saudável, garantindo autonomia, privacidade e o protagonismo da mulher. O cuidado prestado deve ser benéfico, evitando intervenções desnecessárias e prevenindo a morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2001).

Com o objetivo de melhorar a assistência de saúde prestada no Brasil, o Ministério da Saúde, em meados de 2002, instituiu o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento – PHPN, tendo como principais objetivos facilitar o acesso, ampliar a cobertura, melhorar a qualidade do pré-natal e da assistência ao parto e puerpério. Esse programa é norteado por dois aspectos fundamentais, o primeiro corresponde à dignidade no atendimento ao binômio mãe-bebê e seus familiares e no rompimento das ações medicalizadas da prática hospitalar, o segundo aponta para as práticas cotidianas, sugerindo a adoção de procedimentos sabidamente benéficos, que são recomendados pela OMS, desmistificando a necessidade absoluta das práticas intervencionistas que amplamente são utilizadas e que aumentam os riscos de morbimortalidade materna e infantil (ALMEIDA; SILVA, 2008; BRASIL, 2002).

Sendo assim, a política de humanização se baseia na troca e construção de saberes, na melhoria do trabalho dos profissionais, estimulando o diálogo e o trabalho em equipe e na consideração das necessidades, desejos e interesses dos diversos protagonistas inseridos no cenário da assistência prestada e recebida (BRASIL, 2003).

Além das políticas públicas, existe um grande movimento social para humanização do parto e nascimento, movimento esse que luta pela diminuição das intervenções desnecessárias e pela promoção do cuidado ao processo gravidez/parto/nascimento, entendidos como natural, singular e fisiológico. No Brasil esse movimento tem crescido a cada ano com a criação de grupos que apoiam a temática, tais como, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), Grupo de Apoio a Maternidade Ativa (GAMA), Grupo de Apoio ao Parto do Princípio (GAPP), Parto Ativo Brasil, Parto no Brasil, Parto Natural, Samaúma, entre outros (BRASIL, 2014; GONÇALVES et al., 2014).

No Brasil, como o cenário do parto é ainda bastante iatrogênico, as mulheres têm buscado maneiras para vivenciar o processo de parto dentro de um modelo mais holístico, mesmo que para isso precisem fazer escolhas que vão contra o modelo hegemônico. Um exemplo, é a escolha do domicílio como local do parto. Respalgadas com informações confiáveis, a escolha pelo parto domiciliar tem sido vista como uma possibilidade de resgatar o protagonismo e o poder de decisão sobre todo o processo do parto, além de fugir da violência e das intervenções desnecessárias do ambiente hospitalar (KRUNO; BONILHA, 2004; MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008; SANFELICE; SHIMO, 2014).

Desde 1996 a Organização Mundial da Saúde aponta que uma gestação com risco habitual pode ter como ambiente ideal para o parto, o local que a mulher considerar como seguro, podendo ser seu domicílio, casas de parto ou o próprio hospital (OMS, 1996).

Em diversos países, como o Canadá, Austrália e Holanda, o domicílio é uma opção valorizada para o parto. Publicações internacionais mostram que a assistência ao parto domiciliar planejado é tão segura quanto a hospitalar. Os resultados não estão associados com aumento de mortalidade materna, pelo contrário, há menos resultados maternos adversos, e os resultados adversos perinatais não diferem dos hospitalares (CHEYNEY et al., 2014; FAUCON; BRILLAC, 2013; JANSSEN et al., 2009). Contudo, um estudo realizado nos Estados Unidos, encontrou um risco maior de morbimortalidade neonatal nos partos domiciliares de primigestas, quando comparado com os partos hospitalares. (SNOWDEN et al., 2015).

Ainda que escassas, as pesquisas nacionais apresentam bons resultados obstétricos e neonatais, indo ao encontro às pesquisas internacionais. Os dados mostram reduzidas taxas de

transferência hospitalar, cesariana, traumas perineais e uso de fármacos no trabalho de parto e puerpério. Evidenciam também altas porcentagens da posição verticalizada no parto, contato pele a pele imediato e amamentação na primeira hora de vida, que são recomendações indicadas pelas organizações nacionais e internacionais para assistência humanizada e segura ao parto (COLACIOPPO et al., 2010; KOETTKER; BRÜGGMANN; DUFLOTH, 2013; KOETTKER et al., 2012; SANFELICE; SHIMO, 2014).

Cabe destacar, que a existência de dois contextos distintos atinge as práticas de parto domiciliar no Brasil. O parto realizado pelas parteiras tradicionais, nas regiões pobres e com carência de recursos, e o parto domiciliar planejado, realizado em centros urbanos, por equipes interdisciplinares para um público de classe média e alta. O parto domiciliar desassistido é considerado como um sinal de atraso e falta de assistência, e por outro lado, o parto domiciliar planejado emerge como um movimento da elite (GONÇALVES et al., 2014).

No Brasil, o parto domiciliar planejado representa uma discreta parcela do total de partos, quando comparado aos partos institucionalizados, entretanto, é uma modalidade em ampla ascensão nas regiões urbanas brasileiras. Com o aumento da procura pelas gestantes por esse tipo de assistência, as enfermeiras obstetras e obstetrizes intensificaram as suas habilidades para atuarem fora do ambiente hospitalar (COLACIOPPO et al., 2010). A Organização Mundial da Saúde reconhece as enfermeiras obstetras e obstetrizes como profissionais capacitadas para prestar assistência ao parto de risco habitual (BRASIL, 2014; OMS, 1996).

Cada vez mais as mulheres têm compartilhado a escolha pelo parto domiciliar planejado e comparado suas experiências de parto por meio de participação em grupos de apoio ao parto e utilização das mídias sociais. As mulheres demonstram-se descontentes com o modelo biomédico e hegemônico, e descobriram o direito da escolha do local do parto, reconhecendo o domicílio como uma possibilidade (GONÇALVES et al., 2014).

Gonçalves et al. (2014) vinculam o parto domiciliar planejado às entidades privadas organizadas e pautadas por diretrizes da humanização. Médicos obstetras, enfermeiras obstetras, obstetrizes, neonatologistas e doulas compõem essas equipes, que garantem um planejamento da situação do parto em conjunto com a gestante, com transporte e com acesso hospitalar para situações em que seja necessária a transferência da mulher ou do recém-nascido.

Entretanto, a cultura brasileira reconhece que as mulheres que optam pelo parto domiciliar planejado são mães irresponsáveis e adeptas de um modismo. Para as equipes que acompanham o parto domiciliar resta a perseguição de outros profissionais e de alguns conselhos de classe. Isso deixa claro, por parte da sociedade, a pouca compreensão das evidências científicas atuais e dos motivos que levam a mulher a optar pelo parto em seu

domicílio, lançando mão de tecnologias, modernidades, e suposta segurança que as maternidades disponibilizam (SANFELICE; SHIMO, 2014).

A mulher que deseja o parto domiciliar está em busca de um modelo não padronizado de cuidados e de assistência, toda ação é desenvolvida em função das necessidades particulares de cada mulher, utilizando tecnologias apropriadas para o cuidado diferenciado, tais como as terapias não medicamentosas para o alívio das dores e desconfortos, exercícios, movimentação ativa, banhos de imersão, massagens, aromaterapia, entre outras (FEYER, 2012). Essa mulher encara o parto como uma experiência prazerosa, íntima e familiar e deseja vivenciar essa experiência em sua maior plenitude, resgatando o poder de escolha e de controle do seu corpo. Assume a responsabilidade pelos riscos e benefícios relacionados ao parto domiciliar (SANFELICE; SHIMO, 2014).

A ambiência e o protagonismo da mulher fazem parte da ideologia do parto domiciliar planejado, que valoriza também os rituais de cuidado, durante o processo do parto, facilitando assim, a passagem de uma posição de mulher para mãe. Esses rituais são plenos de simbolismos e significados, que expressam a percepção de saúde-doença e os papéis sociais a serem definidos e redefinidos durante o parto e nascimento, auxiliando na reorganização simbólica para incorporar o novo (BRASIL, 2014; MONTICELLI; ELSEEN, 2006).

Para Menezes, Portella e Bispo (2012), o parto domiciliar apresenta uma relação entre a concepção de que o parto e o nascimento fazem parte da natureza e da história da vida humana, sendo assim, um evento fisiológico e cultural. Dessa maneira, é coerente considerar que o processo de desospitalização e desmedicalização do parto sejam caminhos a serem seguidos, visto que, no passado, a medicina institucionalizou e se apropriou do parto como objeto da obstetrícia, com a justificativa de ser algo potencialmente patológico. As autoras ainda declaram que é preciso revisar as concepções que definem a gestação, o parto e o nascimento enquanto eventos de risco patológico.

Segundo Odent (2016), o processo do parto é controlado por estruturas arcaicas do cérebro, os humanos apresentam um desenvolvimento maior de uma área cerebral chamada neocórtex ou “cérebro pensante”, por esse motivo, os comportamentos instintivos dos humanos foram se enfraquecendo e desaparecendo. Durante o processo do parto o neocórtex deve cessar as suas atividades para que as mulheres percam o seu lado racional e humano, ficando livres para agir de maneira mamífera. Gritos, xingamentos, gemidos, mordidas, posições corporais primitivas e falas sem sentido, são sinais de que a mulher conseguiu atingir a redução da atividade neocortical. Nessa perspectiva, deve-se considerar que a mulher precisa ser protegida contra toda forma de estímulo do neocórtex, acima de tudo da exposição à luz e ao frio, de

qualquer condição que estimule a mulher a pensar ou responder alguma questão, de se sentir observada ou de ter medo de alguma situação. Cabe à parteira o papel de proteger a mulher dessas condições.

O autor ainda destaca o antagonismo entre adrenalina e ocitocina, quando a mulher está em trabalho de parto e se sente observada ou com medo, ela produz mais adrenalina, o que inibe a produção de ocitocina, que é o hormônio mais importante para a evolução do trabalho de parto, parto e até do pós-parto.

Nessa abordagem mais ampliada da maternidade, o modelo de assistência holístico e humanístico ao parto e nascimento, não se resume apenas no parto domiciliar planejado, mas também na assistência pré-natal e puerperal.

3.3 O cuidado no período puerperal

Para entendermos o cuidado, é preciso recorrer ao contexto histórico que a palavra representa. Para Nascimento et al. (2006) o cuidado humano se diferencia do cuidado animal, porque além do instinto de preservação e sobrevivência presente no cuidado animal, o cuidado humano apresenta a racionalidade e a sensibilidade. O cuidado surge com a própria vida, sendo um meio de sobrevivência e afeto, nenhuma espécie viva consegue existir sem o cuidado. Ele é percebido como uma ideia de realizar alguma ação por meio da atenção, simpatia e preocupação com algo ou com alguém, transmite também a ideia de amor, carinho e dedicação. O ato de cuidar envolve preocupação e interesse pelo bem estar do próximo.

O cuidado teve sua origem desde o início dos tempos, antes até de surgirem as primeiras profissões, o homem cuidava de sua família, de seus pertences e de seu território, procurava manter a ordem da comunidade em que vivia, curava ferimentos e garantia a alimentação para todos. Esses aspectos influenciaram o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos sobre o funcionamento do corpo, cabendo aos homens assumirem a função de curadores. Nesse contexto, a prática de cuidado oferecida pela mulher envolvia aspectos amplos de suporte à vida e eram voltados para o cotidiano, por meio de ações que preveniam problemas de saúde e também pela cura. Assim, os cuidados femininos eram voltados para o corpo, como templo da vida, priorizava a alimentação, a procriação, desde o nascimento até a morte (NASCIMENTO et al., 2006).

Nessa perspectiva, as mulheres cuidadoras desenvolveram conhecimento acerca da farmacologia natural e princípios de agricultura, nutrição, puericultura e obstetrícia. Essas práticas femininas foram transmitidas de geração em geração, sendo que qualquer prática de

cuidado formal ou informal foi influenciada pelo papel que a mulher representava na sociedade, considerando as questões culturais e econômicas de cada época (NASCIMENTO et al., 2006).

Os autores citados acima ainda inferem que com a evolução do homem, os povos modernos adotaram novas concepções para o cuidado, que imbuído na racionalidade e cientificidade, passou a ser um plano de profissão referente à saúde, sendo atualmente de responsabilidade dos profissionais de saúde.

Nascimento et al. (2006) considera o cuidado como o resultado de um processo que oferece níveis crescentes de conforto e segurança, promovendo a vida. O cuidado refere-se às diversas ações propostas, considerando as crenças e os valores de quem está sendo cuidado, almejando o bem estar do ser cuidado. Cabe ao cuidador, se entregar integralmente à assistência prestada, proporcionando assim, um estreitamento da relação, com o objetivo de observar atitudes, fornecer amor, carinho, atenção e simpatia.

Como descrito, o cuidado faz parte da essência do ser humano, no período puerperal a mulher deve receber cuidados adequados de seus familiares e dos profissionais de saúde envolvidos na assistência. A mulher cuidada deve fornecer o cuidado ao seu bebê, dando continuidade ao ciclo.

Define-se puerpério como o “período do ciclo gravido-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré-gravídico”. Tem seu início após a dequitação e o seu término é imprevisível devido ao período de amamentação, divide-se em: imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 42º dia), e remoto (a partir de 43º dia). As modificações que acontecem no puerpério, tem a finalidade de adaptar e restabelecer o organismo da mulher para o estado pré-gravídico. Essas adaptações não ocorrem apenas nos aspectos corporal, endócrino e genital, mas no seu todo, devendo a mulher, ser vista como um ser integral, não excluindo o seu psicológico e o social (BRASIL, 2001; RICCI, 2015).

As modificações corporais involutivas que acontecem nesse período englobam as adaptações dos sistemas cardiovascular, genital, urinário, musculoesquelético, digestório, respiratório, endócrino e na modificação corporal evolutiva existe todo o processo de lactação (BRASIL, 2001; RICCI, 2015).

Considerando a adaptação psicológica, Ricci (2015) afirma que o processo de se tornar mãe exige muito trabalho emocional, social e físico. Cada mulher/família encara essa adaptação de forma diferente, muitas mulheres apresentam um estado de melancolia no pós-parto, devido a maior sensibilidade emocional e cansaço. Intercalam sintomas leves de ansiedade, irritabilidade, alterações de humor, choro e culpa. A puérpera apresenta várias respostas

conforme se ajusta ao novo membro da família e a aos desconfortos do pós-parto, às mudanças em sua imagem corporal e a nova realidade assumida.

Todas essas alterações próprias do pós-parto da mulher, podem gerar desconfortos, dúvidas e complicações, cabendo aos profissionais de saúde atender as demandas de cada mulher, auxiliando as mulheres a aprender, ganhar confiança e a assumir a identidade de mãe. Durante o puerpério a mulher passa por intensas adaptações psico-orgânicas, que vão desde a involução dos órgãos reprodutivos às condições pré-gravídicas, até a evolução do processo de lactação. É comum a puérpera apresentar sentimentos ambivalentes de euforia e alívio, medo, preocupação, ansiedade e desconfortos decorrentes do parto e da lactação. Existe ainda a dificuldade em fazer a transição emocional do bebê idealizado para o bebê real, negando antecipadamente a realidade do recém-nascido em seus primeiros dias de vida (MALDONADO, 2000).

Cabe lembrar ainda, que em nosso meio cultural e social a maternidade vem acompanhada de um ideário de abnegação e muitas responsabilidades para cumprir com o papel de “boa mãe”, no qual o recém-nascido é tido como núcleo central das atenções e cuidado, e à mãe, cabe satisfazer às necessidades deste, em detrimento das próprias (NAKANO, 2003; STEFANELLO, 2005). Almeida e Silva (2008) apontam que mesmo com a crescente preocupação com a humanização da assistência ao parto e nascimento, ainda é notável a pouca valorização destinada ao período puerperal, especialmente quando relacionado à subjetividade da mulher no seu contexto sócio cultural e emocional.

O puerpério é importante enquanto um acontecimento de grande transcendência no ciclo vital da mulher. Entretanto, na prática propriamente dita, o que se adota como rotina na maioria das maternidades é a alta precoce e a falta de continuidade do cuidado. O Ministério da Saúde considera que as consultas puerperais após a alta do binômio devem ser realizadas, a primeira, na primeira semana após o parto, e a segunda, com 42 dias pós-parto, nessa consulta deve ser avaliado a involução das modificações gestacionais e o início do planejamento familiar (BRASIL, 2006).

Podemos considerar o puerpério como uma fase de mudanças metabólicas e hormonais complexas, que inclui reajustamento interpessoal e interpsíquico, podendo resultar em estados temporários de desequilíbrio, alterações de identidade da mulher decorrentes das grandes expectativas enquanto papel social esperado e ditado pela cultura, gerando um conflito entre o papel ideal e o papel vivido (AZEVEDO; ARRAIS, 2006).

Apesar da literatura mostrar que os autores estão preocupados com as complicações do puerpério, a maioria deles ainda considera essa fase numa perspectiva externa e não na

perspectiva da mulher que a vivência. É de grande importância que os profissionais conheçam com maior propriedade como se dá a experiência da mulher durante o período puerperal, considerando os fatores que interferem sua adaptação e integração dos papéis que ela começa a assumir enquanto mãe. Assim, o cuidado proposto pelos profissionais de saúde pode ser mais assertivo e integral (MERIGHI; GONÇALVES; RODRIGUES, 2006).

Barreira e Machado (2004) apontam que a vulnerabilidade psicológica e emocional que a mulher enfrenta na fase puerperal, torna esse período um momento crítico e que merece uma atenção maior das redes de apoio da mulher e dos profissionais que à assistem. Nesse contexto, todas as mudanças que essa mulher vivencia influenciam para que essa nova mãe seja mais sensível e permeável nas interferências externas, demandando um maior apoio emocional por parte da família e dos profissionais.

Esse período de adaptações torna essencial um cuidado de enfermagem de qualidade, visando à prevenção de complicações, o conforto físico e emocional e ações educativas, gerando subsídios para que a mulher, agora mãe, tenha condições de além de cuidar de si e de seu bebê, construir sua identidade materna. Esse cuidado deve ser sustentado na valorização das especificidades da demanda feminina e não nas expectativas sociais acerca da maternidade (ALMEIDA; SILVA, 2008; GUTMAN, 2014).

Exposta a tantas vulnerabilidades a puérpera necessita de ajuda dos profissionais de saúde, a consulta de pós-parto não pode se resumir apenas em uma única consulta de rotina. O suporte do profissional deve ser contínuo e o cuidado deve englobar todos os aspectos biológicos, físicos e emocionais, sinalizando para a mulher a escolha dos melhores mecanismos adaptativos e defensivos. Toda mulher deve receber informações sobre o cuidado sugerido, seus benefícios e riscos e deve ter autonomia para decidir e expor seus desejos, cabendo ao profissional de saúde apoiar e assistir este ritual de passagem que deve ser vivido de maneira positiva. A enfermeira obstetra tem um papel fundamental nessa assistência, devendo incorporar todo o conhecimento que for capaz, implementando o cuidado prestado, considerando assim, os direitos das mulheres à uma maternidade prazerosa e segura (MERIGHI; GONÇALVES; RODRIGUES, 2006).

Ricci (2015) afirma que o profissional que atende a família no pós-parto deve considerar, não só os aspectos biomédicos, mas também, os aspectos culturais, incluindo a comunicação, o espaço e os papéis familiares. Entende-se que a comunicação deve englobar além da compreensão da fala, a interpretação dos toques e gestos. O conceito de espaço pessoal varia de uma cultura para outra, o profissional precisa demonstrar sensibilidade para perceber a demanda de cada mulher. A questão cultural influencia também os papéis familiares, suas

expectativas e seus comportamentos. Considerando essas questões, o profissional, tem a função de prestar um cuidado seguro e baseado em evidências, promovendo os desfechos ideais de nascimento à todas as mulheres.

Existem poucos estudos que avaliam as reais necessidades de cuidado da mulher no puerpério, já que a maioria está voltado para as intercorrências físicas, para o aleitamento materno ou para um curto período de tempo que compreende a internação pós-parto hospitalar. Alguns estudos que investigaram o puerpério, para além do período da internação hospitalar, encontram mulheres desassistidas pelos profissionais de saúde, e amparadas nas práticas e saberes que a própria família estabelece para o cuidado à saúde no puerpério (STEFANELLO, 2005).

Assim, quando olhamos o cuidado puerperal prestado pelos profissionais de saúde atualmente, encontramos um contexto no qual as ações são impositivas, com caráter disciplinatório e, que responsabilizam e punem a mulher, em detrimento dos direitos de : filho. Tal realidade, somada a escassez de estudos sobre como se dá o cuidado no puerpério ... um parto domiciliar planejado, justificam esse estudo.

MÉTODO

4 - MÉTODO

São várias as possibilidades e os caminhos que um pesquisador pode escolher frente ao seu objeto de estudo, a metodologia selecionada para tal estudo, deve ser compatível com o objetivo da pesquisa. A abordagem qualitativa se encaixa em pesquisas que visam compreender e interpretar o significado de determinados fenômenos para o indivíduo e a sociedade, como é o propósito do presente estudo.

4.1 Abordagem Qualitativa

Para a realização dessa pesquisa foi adotada uma abordagem qualitativa, que é considerada como um método eficaz para alcançar o aspecto subjetivo do ser humano, possui pressupostos capazes de desvendar os significados, os motivos, os valores, as crenças e as atitudes, contribuindo para a compreensão de um fenômeno em especial, o qual não pode ou não deve ser medido (MINAYO, 2004; MINAYO, 2010).

Strauss e Corbin (2008) discorrem sobre pesquisa qualitativa definindo-a como uma forma de investigar a vivência de um indivíduo, bem como as experiências, comportamentos, fenômenos culturais, interações sociais e funcionamento organizacional, produz resultados que não são explanados por meio de métodos quantitativos. Além disso, métodos qualitativos podem ser utilizados para obter detalhes intrincados sobre fenômenos como sentimentos, processos de pensamento e emoções. Os autores ainda relatam que essa abordagem busca descobrir conceitos e relações dos dados brutos, organizando-os de forma explanatória e teórica.

4.2 Participantes do Estudo

Fizeram parte do estudo um total de 12 enfermeiras obstetras e obstetrizes que realizam a assistência ao parto domiciliar planejado em diversas regiões do estado de São Paulo, os dados foram coletados entre novembro de 2016 e janeiro de 2017. Todas as entrevistas foram consideradas e incluídas no presente estudo.

A escolha dos depoentes ocorreu a partir da busca de profissionais que acompanham o parto em domicílio, e também em função do papel que esses profissionais ocupam no cenário nacional frente à assistência ao parto domiciliar planejado, observando a oportunidade para que a maior parte das regiões do estado de São Paulo fossem contempladas, sendo considerada também a escolha dos melhores informantes.

A identificação dos participantes deu-se através de contatos com os pares, instituições de classe e associações, e/ou indicações das próprias informantes.

Foram considerados como critérios de inclusão na pesquisa, profissionais que atendam o parto domiciliar planejado no estado de São Paulo e que tivessem formação acadêmica em enfermagem com especialização em obstetrícia e/ou graduação em obstetrícia.

A fim de contemplar um contexto mais geral da assistência ao puerpério do parto domiciliar, o estudo foi realizado em algumas regiões do estado de São Paulo.

4.3 Coleta de dados

O convite para participação do estudo foi realizado via telefone e/ou e-mail, sendo no máximo três tentativas de contato com o profissional, nos casos que não tivemos nenhuma resposta, o profissional foi desconsiderado da pesquisa. Após o aceite, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi enviado por e-mail, para leitura prévia do participante.

A entrevista foi agendada de acordo com a possibilidade de ambos, pesquisadora e participante, sendo realizada por meio do software Skype que possibilitou a comunicação visual e verbal com a participante em tempo real, através da internet. No início da entrevista foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e então, o participante declarou verbalmente o aceite da sua participação dizendo: “Eu, (nome do participante) RG (número do RG), após receber estas informações e sabendo dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa”. Esse momento foi gravado, e substituiu a assinatura do termo. A imagem e o áudio de cada entrevista foram gravados em mídia digital e transcritos na íntegra pela pesquisadora, para assegurar a fidedignidade da fala dos participantes. Além da entrevista, foram realizadas perguntas referentes à caracterização dos participantes.

A coleta de dados aconteceu por meio de entrevista semiestruturada, que evoluiu a partir da seguinte questão norteadora: “Me fale sobre a assistência que você presta no período puerperal de um parto domiciliar”. Todos os participantes tiveram liberdade para falar o quanto achassem necessário, sem serem interrompidos pela pesquisadora. Em seguida, a pesquisadora solicitou que os participantes falassem de outras questões não abordadas espontaneamente, de acordo com um roteiro norteador (APÊNDICE A).

Essa modalidade de entrevista se demonstra vantajosa e propicia oportunidade de esclarecer os pensamentos do entrevistado, permite a flexibilidade de ideias, garante uma melhor avaliação da validade das respostas, mediante a observação do comportamento não verbal do pesquisado. A entrevista semiestruturada tem o propósito de obter informações com

as próprias palavras do pesquisado, obtendo descrições e explanando os detalhes sobre o fenômeno estudado (CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 1996).

Triviños (1987) define entrevista semiestruturada como a realização de certos questionamentos básicos, com base em teorias e hipóteses que são consideradas interessantes à pesquisa, oferecendo amplo campo de interrogativas, em consequência de novas informações que surgem com o andamento das perguntas e respostas. Na entrevista semi-estruturada, também foram coletados dados sociodemográficos para fins da caracterização das participantes.

Com o decorrer das entrevistas novos tópicos surgiram. Assim, a pesquisadora registrava em suas anotações alguns detalhes, impressões e dados importantes, antes, durante e após a gravação. Em relação a duração das entrevistas, o tempo teve uma variação entre 18 e 47 minutos. Percebeu-se a existência de um certo nível de receptividade entre os participantes e a pesquisadora, o que facilitou o desenvolvimento da entrevista. Os participantes discorreram abertamente sobre as questões que cercam a assistência ao parto domiciliar planejado, como suas vivências, dificuldades, facilidades, práticas, dentre outras coisas.

De acordo com o referencial metodológico proposto, utilizou-se a amostragem teórica para a coleta dos dados, aumentando a possibilidade de busca dos dados por meio de informações dos sujeitos que indicam ter conhecimento sobre o estudo proposto.

De acordo com Strauss e Corbin (2008), a amostragem teórica define-se como uma:

Coleta de dados conduzida por conceitos derivados da teoria evolutiva e baseada no conceito de fazer comparações, cujo o objetivo é procurar locais, pessoas ou fatos que maximizem oportunidades de descobrir variações entre conceitos.

Sendo assim, a amostragem não é predeterminada, ela se desenvolve durante toda a pesquisa, baseia-se nos conceitos resultantes da análise e em sua representação, e não no total de pessoas. A amostra busca condições que caracterizam o fenômeno, comparando fatos e incidentes para constituir categorias em suas propriedades e dimensões. Um dos fatores importantes na seleção dos sujeitos do estudo é a sua relevância para embasar a teoria e a sua contribuição para a composição das relações entre as categorias (DANTAS et al., 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008).

O recorte empírico baseou-se na saturação teórica dos dados, que é definido quando nenhuma outra informação acrescenta ou modifica as já coletadas anteriormente, ou ainda, quando novas informações fornecidas por outros participantes da pesquisa acrescentariam pouco ao conteúdo já obtido, não havendo mais contribuição significativa para o

aperfeiçoamento da reflexão dos dados que estão sendo coletados (DANTAS et al., 2009; FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

4.4 Análise dos dados

Os dados para a análise foram obtidos das transcrições das gravações, relatório de observação e anotações. Após a coleta dos dados iniciais, foi realizada a transcrição das gravações, em seguida a leitura cuidadosa de todo o material obtido, procedendo assim, para a exploração dos dados, realização de inferências e elaboração da síntese.

Todas as entrevistas foram lidas de forma compreensiva, com o objetivo da impregnação das falas por meio do pesquisador e identificação das particularidades do conteúdo obtido. Em seguida, foram identificados temas que expressaram os depoimentos dos participantes. Os dados foram explorados, após a realização de uma estrutura de análise, a qual foram recortados trechos dos depoimentos e identificados as principais ideias explícitas e implícitas. Para a elaboração da síntese, buscou-se alcançar as ideias, usando os sentidos mais amplos que traduziram a lógica do conjunto do material, por meio de articulação entre os objetivos do estudo, a base teórica adotada e os dados empíricos, como sugere Gomes (2010).

Para a análise e interpretação dos dados utilizamos o Método de Interpretação dos Sentidos, que articula as correntes compreensivas das ciências sociais e as noções da hermenêutica-dialética, a fim de:

Avançarmos mais na interpretação, caminhando além dos conteúdos de textos na direção de seus contextos e revelando as lógicas e as explicações mais abrangentes presentes numa determinada cultura acerca de um determinado tema (GOMES, 2010 p.105).

O Método de Interpretação dos Sentidos consiste nas seguintes etapas (GOMES, 2010 p.105):

- 1) Leitura compreensiva do material selecionado: é feita a leitura compreensiva para se impregnação das falas e ter tanto uma visão do conjunto quanto das particularidades do material. Já começam a ser identificados os temas que poderiam expressar os depoimentos.
- 2) Exploração do material: Nessa etapa se avança para além dos depoimentos, identificando e problematizando as ideias explícitas e implícitas no texto, buscando sentidos mais amplos e dialogando entre as ideias problematizadas. Segue-se o princípio da decomposição do conjunto do material em unidades. Operacionalmente, com base na estrutura de análise montada por temáticas, recorta-se os trechos de depoimentos e neles identifica-se as ideias explícitas e implícitas.

3) Elaboração de síntese interpretativa: trabalha-se em direção a uma síntese.

4.5 Aspectos éticos

Foram seguidas as recomendações éticas e científicas fundamentais previstas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Todos os participantes foram informados sobre a confidencialidade dos dados.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP sob protocolo Número CAAE 48602715.3.0000.5393.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esse capítulo trata-se da caracterização dos participantes do estudo, mediante a demonstração de alguns dados sociodemográficos, com a intenção de conhecer o perfil dos participantes. Em seguida, apresentam-se as discussões das categorias que surgiram das falas dos participantes.

5.1 Caracterização dos sujeitos do estudo

Para que fosse preservado o anonimato das pessoas envolvidas, optou-se por identificá-las pelas letras do alfabeto.

No quadro 1 estão apresentadas as características sociodemográficas dos participantes da pesquisa.

Quadro 1 - Informações Sociodemográficas dos Participantes

Partic	Idade	Estado Civil	Nº de Filhos	Tipo de Parto	Cidade que Reside	Formação Acadêmica	Tempo de Formação em Obstetrícia	Vínculo Empregatício	Formação Complementar	Experiência Hospitalar Prévia	Renda Mensal
A	25	Solteira	0	-	Campinas	Obstetriz	3 anos	Não	Mestranda	Não	R\$ 6.000
B	30	União Estável	1	PDP	Mogi das Cruzes	Obstetriz	4 anos	Não	Musicoterapeuta	Não	R\$ 1.500
C	29	Casada	0	-	São Carlos	Enf. Obstetra	4 anos	Não	Mestranda	3 anos	R\$ 2.800
D	27	Casada	0	-	Taubaté	Obstetriz	5 anos	Sim	Gestão em Saúde Pública	1 ano	R\$ 3.000
E	34	Solteira	0	-	Ribeirão Preto	Enf. Obstetra	12 anos	Sim	-	13 anos	R\$ 6.000
F	31	Casada	0	-	Indaiatuba	Enf. Obstetra	6 anos	Não	-	2 anos	R\$ 5.000
G	27	Solteira	0	-	São José do Rio Preto	Obstetriz	3 anos	Não	-	Não	R\$ 3.000
H	46	Casada	2	PNH	Sorocaba	Enf. Obstetra	20 anos	Não	Acupunturista	20 anos	R\$ 6.000
I	34	União Estável	2	PNH-PDP	Campinas	Enf. Obstetra	6 anos	Não	-	4 anos	R\$ 7.000
J	35	Casada	3	PNH-PDPs	Paulínea	Enf. Obstetra	12 anos	Não	Mestranda	4 anos	R\$ 8.000
K	48	Solteira	2	PDP	Campinas	Enf. Obstetra	2 anos	Não	Psicóloga	Não	R\$ 8.000
L	32	Casada	1	PDP	Botucatu	Enf. Obstetra	5 anos	Não	-	3 anos	Não sabe informar

Fonte: Elaborado pela autora

Observa-se, no Quadro 1, que participaram desse estudo doze profissionais do sexo feminino, com idades variando de 25 a 48 anos. Em relação ao estado civil, quatro profissionais eram solteiras, seis casadas e duas declararam estar em união estável com seus parceiros. Metade das entrevistadas (seis) relataram não ter filhos e a outra metade (seis) são mães, sendo que todas tiveram seus filhos por meio do parto normal, sendo um total de onze filhos distribuídos entre as participantes mães, das quais sete, tiveram como local do parto o domicílio, e quatro o ambiente hospitalar.

Conforme critério de inclusão no estudo, todas as participantes apresentaram formação acadêmica, sendo quatro graduadas em obstetrícia e oito graduadas em enfermagem com especialização em obstetrícia, modalidade especialização. O tempo de atuação na área da obstetrícia varia entre 03 e 20 anos. Quanto a experiência prévia hospitalar apenas oito participantes relataram ter trabalhado em ambiente hospitalar antes de atender parto domiciliar planejado, com tempo de atuação variando entre 1 a 20 anos de experiência. Das quatro entrevistadas que não tiveram experiência hospitalar prévia, três são obstetrizes e uma enfermeira obstetra. Apenas duas profissionais mantêm vínculo empregatício com instituições de saúde, as demais relataram atuação profissional de forma autônoma.

Com relação à formação complementar, cinco profissionais não possuem outras formações e sete referiram ter alguma formação extra, sendo que, três entrevistadas cursam o mestrado acadêmico, e as demais com formação em gestão pública, musicoterapia, acupuntura e psicologia. A renda salarial das participantes é bastante diversa: quatro relataram uma renda entre mil e quinhentos reais a três mil reais; quatro, de três mil a seis mil reais; três, de seis mil a oito mil reais, apenas uma participante não soube informar ao certo a sua renda mensal.

Conforme demonstrado na Figura 1, o estudo não abrangeu todas as regiões do estado de São Paulo, houve uma dificuldade em encontrar os pares que representassem todas as regiões do estado. Percebe-se que das quinze mesorregiões do estado, apenas nove estão representadas na figura abaixo. As participantes do estudo atuam e residem nas seguintes regiões: quatro profissionais na região de Campinas, sendo uma residente na cidade de Paulínia; duas na Grande São Paulo, Indaiatuba e Mogi das Cruzes; e as demais nas seguintes regiões; Vale do Ribeira, Taubaté; Araraquara, São Carlos; Sorocaba; Bauru, Botucatu; Ribeirão Preto e São José do Rio Preto.

Figura 1 – Mesorregiões do Estado de São Paulo

Fonte: <http://www.baixarmapas.com.br/mapa-de-mesorregioes-do-estado-de-sao-paulo/>

5.2 Análise qualitativa

A análise realizada a partir das falas das participantes, deu origem à três categorias, que evoluíram para algumas subcategorias, conforme demonstra o Quadro 2.

Quadro 2 – Apresentação das categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias
5.3 – Motivações e valores que levaram as parteiras de volta para o domicílio	
5.4 – O parto em casa tem que ser planejado	5.4.1 Respeita, silêncio, fica invisível
5.5 – O cuidado puerperal de um parto domiciliar planejado	5.5.1 O puerpério como parte da atenção pré-natal 5.5.2 Os primeiros cuidados e o começo do puerpério 5.5.3 Individualizando o cuidado com a mulher 5.5.4 O cuidado com o recém-nascido de um parto domiciliar planejado 5.5.5 O acompanhamento puerperal domiciliar - a função da parteira não termina quando nasce o bebê 5.5.6 Descarte de resíduos biológicos e perfurocortantes

Fonte: Dados da própria pesquisa

5.3 Categoria 1 - Motivações e valores que levaram as parteiras de volta para o domicílio

A partir desse momento, utilizaremos o termo parteira ao se referir à profissional enfermeira obstetra ou obstetriz. A escolha da palavra parteira se dá pelo fato de estar ligada ao conteúdo do ato em si: o parto, que significa a arte de partejar. Consideram-se parteiras, neste caso, os profissionais com curso de graduação e/ou pós-graduação em obstetrícia, e não as parteiras tradicionais (LESSA, 2012).

É de conhecimento histórico a existência do atendimento e da rede de apoio entre as mulheres no parto, com a mudança do local da assistência do domicílio para o hospital, as parteiras, que até então eram as responsáveis pela assistência ao parto, começaram a perder espaço na realização de suas tarefas enquanto profissionais, visto que no ambiente hospitalar cabia apenas ao médico atender essas mulheres. A medicalização imposta pelo modelo tecnocrático¹ assumiu o controle da assistência ao parto e retirou as mulheres de suas casas, de suas famílias e de suas relações sociais, despersonalizando inclusive aquelas que as assistiam (OSAVA, 2009)

Com o passar dos anos, ao final do século XIX, a classe médica começou a expor as suas frustrações e indignações com as interferências das parteiras, quando essas os interrompiam ao julgar que estavam fazendo algo diferente do que elas pensavam enquanto cuidado adequado. Com base nesta situação, a quantidade de parteiras que existia começou a diminuir, junto com o parto domiciliar. A exclusão das parteiras frente ao cenário do parto provocou muitos estragos na relação médico-cliente, gerando danos à autonomia da mulher (OSAVA, 2009).

As parteiras que ainda mantiveram seu trabalho no ambiente hospitalar, eram totalmente influenciadas pela hierarquia hospitalar, reproduziam o modelo tecnocrático da assistência dominante, concentrando suas práticas nas áreas de desenvolvimento científico ou nas atividades administrativas, abandonando a assistência direta ao parto (BRASIL, 2014; RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

O modelo clássico de assistência ao parto nos hospitais é completamente fragmentado, sendo que, no passado o cuidado do binômio - mãe e bebê era contínuo e realizado pelo mesmo cuidador, em geral, a parteira. No ambiente hospitalar o profissional médico é o responsável por indicar as condutas obstétricas, privilegiando sempre as condutas ativas e o uso de

¹ Entende-se por modelo tecnocrático a separação corpo e mente; a ideia do corpo como máquina; o paciente como objeto; a alienação do paciente pelo profissional; diagnóstico e tratamento de fora para dentro; organização hierárquica; padronização da assistência; autoridade e responsabilidade apenas do profissional, e não do paciente; supervalorização da tecnologia (alta tecnologia/baixo contato); intervenções agressivas com ênfase em resultados de curto prazo e a morte percebida como fracasso; sistema dirigido para o lucro; intolerância com outras modalidades de assistência (DAVIS-FLOYD, 2001).

tecnologia, facilitando a realização de intervenções no processo do parto (BRASIL, 2014). Desta forma, as mulheres têm sido cada vez menos protagonistas no momento do parto. Tal situação tem levado as parteiras a preferirem o atendimento ao parto e nascimento num contexto menos medicalizado e mais humano, cabendo à elas, uma assistência técnica baseada em evidências científicas, na expectância do processo e no encorajamento dos envolvidos, atuando como uma facilitadora do parto. Sanfelice et al. (2014), afirma que as mulheres que optam pelo parto domiciliar rompem com o modelo de assistência predominante, e da mesma forma, as parteiras que assistem ao parto domiciliar rompem com o modelo hospitalar predominante, ambos rompimentos são permeados pelo preconceito, desafios e questionamentos.

O resgate da atuação da parteira no parto domiciliar planejado é envolvido por diversas motivações e valores que foram se modificando com o passar do tempo. Nesse sentido, observou-se na fala das entrevistadas que um dos motivos principais que levaram as parteiras a atuar na assistência ao parto domiciliar foi a insatisfação profissional causada pelas experiências vivenciadas no ambiente hospitalar, por muitas vezes desumanas e permeadas de intervenções obstétricas e violências ao processo do parto e nascimento, despertando assim, um interesse e uma busca por uma assistência obstétrica mais respeitosa e humana. Os trechos apresentados abaixo exemplificam essa fuga do modelo hospitalar:

[...] acho que é no PD que a mulher se torna dona daquilo de verdade né, do seu corpo, das suas decisões, onde o empoderamento funciona né, então quando a gente vai tomar uma decisão não é a gente que decide, é ela que decide né, não sou eu que decido, eu acho isso o máximo assim, acho incrível. [...] no hospital é meio mentira né, essa relação de poder ainda existe, no parto em casa não existe. (Participante A).

[...] na verdade porque eu não aceito o modelo hospitalar, nunca acreditei, não é que eu nunca acreditei, eu acho que o modelo hospitalar é ótimo para quando existe a necessidade da intervenção verdadeira, quando você precisa de uma intervenção de fato (Participante H).

[...] quando eu acompanhei o primeiro parto hospitalar, foi tão violento, era uma “gesta” quatro que o preceptor obrigou o interno a fazer uma episiotomia sem anestesia local, eu fiquei tão assustada com aquilo (Participante I).

Na fala da Participante I percebe-se o quanto a intervenção pode ser perversa e agressiva, resultando em violência física e psicológica para a mulher que está parindo e para os profissionais que estão presentes neste cenário e não concordam com o ato. É corriqueiro no ambiente hospitalar a utilização de mecanismos como administração de ocitocina, realização de episiotomia, amniotomia, dentre outras intervenções, confirmando a predominância no

ambiente hospitalar do modelo tecnocrático em relação à assistência obstétrica (CRIZÓSTOMO; NERY; LUZ, 2007; LESSA et al., 2014). Nesse contexto, este cenário totalmente biomédico e tecnocrático, mostra-se como um elemento essencial da desumanização do parto e nascimento, retirando da mulher o papel de protagonista do processo, fazendo com que essa vivência única de parir seja extinta (ALVES; ALVES; PADOIN, 2016).

O parto e o nascimento são considerados como um processo plural, que envolve diversos indivíduos e concepções: físicas, psicológicas e culturais. O enfermeiro obstetra é o profissional adequado para o acompanhamento das gestações e partos de risco habitual, seu atendimento se baseia nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento, superando a medicalização e o intervencionismo, contribuindo para a consolidação do modelo humanístico do cuidado, proporcionando à parturiente menor taxa de intervenção e melhor desfecho neonatal (COLLAÇO, 2009; OMS, 1996; PRATA; PROGIANTI; DAVID, 2014; SANTOS, 2016). Essa afirmação vai ao encontro com os resultados obtidos na pesquisa *Nascer no Brasil*, que revelou que a participação do enfermeiro obstetra, por meio do exercício das boas práticas voltadas para a humanização no processo parturitivo, contribuiu para a diminuição do número de intervenções (LEAL et al., 2014).

Dessa forma, o ambiente hospitalar não garante à gestante uma assistência adequada ao trabalho de parto, parto e nascimento, a mulher que é atendida nesse modelo tem que se adequar ao que a instituição preconiza como rotina e protocolo. Vivenciar a violência obstétrica cometida diariamente contra as mulheres, seja ela física ou psicológica, contribui de forma decisiva para o questionamento sobre o tipo de assistência que as parteiras querem oferecer às mulheres, descontentes com a realidade inflexível e cruel dos hospitais, a reflexão por parte dessas profissionais, é pertinente, fazendo com que elas busquem um modelo de atenção diferente daquele vivenciado em seus trabalhos (SANFELICE et al., 2014). Quando se considera que a maneira como uma mulher dá à luz pode afetar completamente o resto da sua vida, aprofunda-se a ideia e a consciência do quão importante é o alcance da responsabilidade profissional da parteira (OSAVA, 2009).

Frank e Pelloso (2013) dizem que diferente do cenário hospitalar, a assistência no ambiente domiciliar preconiza que as parteiras se adequem às necessidades dessa mulher, com o objetivo do parto acontecer de forma segura, prestando uma assistência de qualidade. Para Osava (2009), as mulheres que escolhem pelo parto domiciliar costumam buscar uma consonância com seu estilo de vida, nem todas as mulheres se sentem seguras para escolher seu domicílio para parir. Nesse ambiente o protagonismo da mulher e de todos que a acompanham em casa é muito evidenciado, e essa atuação independente que o profissional tem, gera

autonomia para ambas as partes, parteira e parturiente. A autonomia da parteira reflete de maneira positiva na mulher, uma vez que, quanto mais fortalecida estiver a assistência obstétrica prestada por parteiras, uma maior influência positiva a mulher terá, facilitando assim o processo de autonomia e empoderamento da mulher.

Essa transferência de cuidado do ambiente hospitalar para o domicílio estimula uma nova postura profissional, que exige muita determinação, coragem, competência técnica e uma busca frequente por conhecimento teórico-prático à luz das evidências científicas.

É interessante perceber a inquietação das parteiras que fogem da assistência hospitalar em busca da autonomia profissional, muitas vezes por presenciarem ou serem obrigadas a realizar inúmeras intervenções desnecessárias atreladas aos protocolos institucionais.

[...] descontentamento com o parto hospitalar, descontentamento com o que a gente vivia na maternidade, eu quis experimentar essa forma de assistência e procurar autonomia dentro da profissão (Participante E).

[...] eu não tenho outro jeito de trabalhar como eu acredito, eu só vou trabalhar como eu acredito se eu for atender PD. [...] a parte de atuação profissional né, a possibilidade de atuar como eu acredito e ter vivido meu próprio parto domiciliar (Participante J).

[...] a enfermagem obstétrica veio por conta de uma área da enfermagem que eu queria ter mais autonomia, uma das coisas que me incomodava muito na enfermagem era a falta de autonomia e acho que a obstetrícia é onde a gente mais consegue trabalhar por nós mesmas. [...] tem responsabilidade né, que tem muita gente que não banca esse pedaço né, mas eu prefiro ter responsabilidade do começo ao fim (Participante F).

A fala da Participante E, evidencia a sua falta de autonomia enquanto parteira de uma instituição hospitalar, sendo a busca dessa e a possibilidade de uma melhor atuação enquanto profissional, o motivo principal da fuga do trabalho institucional para o início do atendimento no domicílio. A maneira como as parteiras vivenciam a existência ou ausência da autonomia profissional no ambiente hospitalar, está interligada diretamente com as normas, regras e relação hierárquica de cada instituição (SAAD, 2008).

A falta de autonomia que as parteiras encontram em seus trabalhos no ambiente hospitalar, sendo ele vinculado ao SUS ou à rede privada é unânime. Segundo o dicionário, a palavra autonomia, do grego *autonomos*, tem sua definição *autos*, que significa de si mesmo só e *nomos*, que significa lei e território, podendo ser interpretada como a liberdade de uma profissão e seus praticantes de seguirem suas próprias regras, de se autorregular, julgarem seus pares e formarem seus futuros integrantes (OSAVA, 2009).

Nessa perspectiva, cabe às parteiras a prática autônoma de sua profissão, tendo como ponto de partida o domínio do saber fundamentado em evidências científicas e na realização das boas práticas de atenção ao parto e nascimento. A busca do conhecimento facilita uma postura crítica e reflexiva dessas profissionais, além de desencadear diversas atitudes, ampliando e respaldando assim, a ação e condução do processo parturitivo. Sendo assim, a autonomia não é dada e sim conquistada por aqueles que conseguem entender qual o seu papel na transformação de sua profissão. É de grande importância a parteira ter consciência que é preciso estar preparada para conquistar a autonomia, afinal, essa exige muito embasamento teórico-prático, além de responsabilidades éticas (SANTOS, 2016).

Pode-se perceber na fala da Participante F, que a parteira enquanto profissional autônoma, é responsável legal pela assistência prestada em qualquer período do ciclo gravídico-puerperal, devendo ser responsabilizada tecnicamente caso haja alguma imperícia, imprudência ou negligência no atendimento, sendo no ambiente hospitalar ou domiciliar, essa consciência de responsabilidade vai ao encontro com o que o Código de Ética da Enfermagem e demais legislações preconizam.

De acordo com a Resolução do COFEN 0516/16, em seu Artigo 3º, cabe ao Enfermeiro Obstetra e Obstetritz: promover um modelo de assistência, centrado na mulher, no parto e nascimento, ambiência favorável ao parto e nascimento de evolução fisiológica; adotar práticas baseadas em evidências científicas, respeitando às especificidades étnico-culturais da mulher e sua família; avaliar a evolução do trabalho de parto e as condições maternas e fetais, adotando tecnologias apropriadas na assistência e tomada de decisão, considerando a autonomia e protagonismo da mulher; prestar assistência ao parto normal de evolução fisiológica e ao recém-nascido. Em parágrafo único compete ainda aos Enfermeiros Obstetras e Obstetrizes a emissão de laudos de autorização de internação hospitalar (AIH) para o procedimento de parto normal sem distócia; identificação das distócias e tomada de providências necessárias até a chegada do médico, devendo intervir, em conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança da mãe e do recém-nascido; realização de episiotomia e episiorrafia (rafias de lacerações de primeiro e segundo grau e aplicação de anestesia local); acompanhamento obstétrico da mulher e do recém-nascido, sob seus cuidados, da internação até a alta (COFEN, 2016).

Para Collaço (2009), a perda da autonomia da parteira ocorreu por meio do processo de apropriação do parto pela medicina, influenciando diretamente uma transformação cultural que desconectou a mulher do seu poder natural de gestar e parir, popularizando assim a cesariana. Contrapondo essa realidade hospitalar, o parto assistido no domicílio garante à parteira e à

parturiente a autonomia de partejar, vivenciar e ritualizar o evento da forma condizente com que elas acreditam.

As motivações muitas vezes foram percebidas como uma vocação, algumas parteiras se sentiram vocacionadas após vivenciarem seus próprios partos, sendo eles domiciliares ou hospitalares. A motivação dessas profissionais para atuar no parto domiciliar, vai além de uma escolha profissional, a arte de partejar é encarada como uma missão, uma vocação que muitas parteiras relataram ter antes mesmo de suas formações acadêmicas.

[...] na verdade eu entrei para obstetrícia já meio que sabendo o que eu queria [...] ao longo da graduação eu já fui direcionando para isso, assim para o atendimento de casa de parto e parto domiciliar (Participante B).

[...] sempre tive vontade, eu só tinha um pouco de receio e sabia que não dava para fazer sem experiência, jamais. Desde meu estágio supervisionado já fui direcionando para obstetrícia (Participante C).

[...] o domiciliar sempre foi meu sonho, assim, desde criança, antes mesmo de saber que era possível, e olha que na minha cidade a gente tem uma cultura totalmente diferente né, aqui a cesárea domina e quem quer o parto normal é louca né. Mas desde criança eu sempre fui apaixonada pela ideia de ter um bebê em casa de parto normal, eu só não sabia como que eu ia chegar nisso, mas assim, desde criança (Participante G).

Outro fator relevante na decisão dessas parteiras de abandonar o modelo de assistência obstétrico que atuavam, foi a experiência que tiveram após vivenciarem seus próprios partos, sendo no domicílio ou no hospital, algumas parteiras se sentiram motivadas e se interessaram na atuação da assistência ao parto domiciliar.

[...] eu engravidei da minha primeira filha e voltei para a obstetrícia, voltei a entrar em contato e procurar um lugar para tê-la da maneira mais natural, e aí lá quando eu tive a minha filha de parto natural hospitalar eu falei não, vou fazer obstetrícia porque as mulheres precisam ser bem tratadas, eu tive um parto rápido, tive a sorte de ter [...] (Participante I).

[...] eu conheci mesmo o cenário do parto domiciliar quando engravidei da minha primeira filha em 2009... aí eu conheci mesmo e adentrei no mundo do parto humanizado, não, parto humanizado eu já estava antes, mas do PD foi em 2009, tive o meu parto normal no hospital de uma transferência de parto domiciliar [...] quando eu engravidei do segundo, aí eu tive parto domiciliar e aí seis meses depois que eu engravidei do segundo que foi em 2011, foi que eu falei não, eu vou começar atender parto domiciliar, aí parece que o universo me chamou [...] (Participante J).

Eu comecei em 2003 atender PD, eu sempre gostei né, os meus filhos nasceram em casa, na época, em 1991 eu tive meu primeiro parto domiciliar, então eu sempre fui defensora assim das mães que querem ter seu bebê em casa, sempre achei que fosse o lugar mais natural para as crianças nascerem [...] (Participante K).

A escolha por trilhar esse caminho na assistência domiciliar também esteve relacionada com o convívio prévio das participantes com os profissionais da área, o contato com esses profissionais que já atuavam na assistência domiciliar, despertou em algumas entrevistadas a vontade de iniciar uma nova prática profissional, sendo considerada assim, uma situação motivadora.

[...] fui conhecendo outras enfermeiras e conheci também uma neonatologista e aí ela falou para gente atender juntas, mas ainda não me sentia tão segura de atender sozinha, conheci uma enfermeira obstetra que tava começando atender PD e a gente acabou juntando e formando uma equipe, as três (Participante A).

[...] eu comecei como aprendiz de parteira mesmo, não tinha passado nem em estágio de obstetrícia quando eu comecei a ir junto com minha irmã que já atendia PD, daí fiz o curso de formação de doula para me integrar mais nesse mundo e daí me apaixonei, então fiquei dois anos de auxiliar dela, assim que me formei fui fazer a especialização (Participante F).

[...] quando fiz minha pós-graduação conheci minha professora que já atendia PD e aí ela levou a gente mais para esse mundo da humanização e do parto natural... [...] depois fui pegando experiência com o parto hospitalar, e ela já atendia PD e me chamou para atender como terceira parteira né... aí comecei atender e aí pegar o jeito e entender como funcionava o PD e aí fui conhecendo, aí devagar fui começando atuar com elas e aí o que eu só olhava eu passei a fazer parte realmente da assistência (Participante L).

É importante observar que a maioria das parteiras participantes do estudo consideram que para atuar no cenário do parto domiciliar é necessária uma experiência hospitalar e obstétrica prévia, pois esse ambiente proporciona uma gama maior de diversidades e situações adversas que podem acontecer em alguns partos. Essa opinião é reforçada pelas associações que defendem o parto domiciliar e preconizam a qualificação profissional e experiência para poder detectar distócias e riscos, atuar de forma segura e baseada em evidências científicas e ter sensibilidade para intervir no momento correto e seguro, sempre considerando a fisiologia do parto e nascimento. Nos recortes abaixo é possível observar alguns valores pessoais referentes a atuação profissional.

Eu sempre tive vontade, eu só tinha um pouco de receio e sabia que não dava para fazer sem experiência, jamais... (Participante C).

[...] quando eu acabei a especialização eu falei, não, agora eu preciso ter um pouco mais de conhecimento e de volume né, de atendimento, porque com a especialização a gente não atende um grande volume de parto, aí foi quando eu resolvi ir para o hospital para pegar mais segurança e aí esse tempo de hospital me deu segurança para assumir realmente os partos domiciliares por mim mesma... (Participante F).

[...] aí eu falei, bom vou atender parto domiciliar, mas eu tenho que voltar para o hospital, aí nisso eu tava fazendo a pós, eu voltei a trabalhar e fui, entrei em 2011 no centro obstétrico, e aí comecei atender parto hospitalar né... (Participante I).

[...] fui trabalhar no hospital e aí depois que eu fui pegando experiência com parto hospitalar ela me chamou [...] e aí como eu já tinha uma bagagem boa de experiência em hospital eu comecei atender com elas... (Participante L).

Por outro lado, com o aumento da procura das gestantes pelo parto domiciliar, a difusão das informações sobre gestação e parto pelas mídias sociais e o crescimento do movimento da humanização do parto em si, algumas parteiras iniciam as suas atividades profissionais sem ter uma experiência hospitalar ou uma atuação prévia em obstetrícia, o que acaba prejudicando a segurança da assistência ao parto domiciliar, visto que essas parteiras não acompanharam na prática, um volume considerável de partos e nascimentos. O amadurecimento e a experiência profissional proporcionam uma segurança maior no atendimento e identificação de distócias e emergências obstétricas.

É importante ressaltar que quatro parteiras participantes dessa pesquisa, sendo três obstetrizes e uma enfermeira obstetra, relataram que não tinham experiência profissional na assistência obstétrica antes de começarem a atender o parto domiciliar. Os trechos abaixo evidenciam a falta de experiência profissional prévia, por parte de algumas parteiras.

[...] quando eu me formei eu fiquei sabendo dessa veterana que tava começando uma equipe de parto domiciliar aqui e precisando de uma parceira, eu entrei em contato com ela e aí a gente achou que precisava de alguém ainda mais experiente que a gente e fomos atrás de uma professora... (Participante B).

[...] o primeiro parto domiciliar que atendi eu tinha 8 meses de formada, antes disso eu tava apenas evoluindo o trabalho de parto em casa, antes das mulheres irem para o hospital e parirem com os médicos delas... (Participante G).

[...] o PD não é brincadeira, a gente que é enfermeira obstetra tem que assistir, mas tem que saber agir também, não é porque é PD que não pode colocar a mão no bebê, posicionar melhor a cabecinha para respirar ou até estimular ele. As obstetrizes que estão começando atender PD agora, só enxergam a parte linda. Tem a parte que você tem que olhar e ver rápido o que está acontecendo, para você pensar e agir. [...] as mulheres têm que contratar profissionais que sabem utilizar os equipamentos que leva para o parto, não adianta só levar para dizer que levou, mas você tem que pegar umambu e saber usar o ambu (Participante L).

Estudos internacionais apontam que o parto domiciliar planejado é tão seguro quanto o parto hospitalar, desde que, seja acompanhado por parteiras qualificadas e experientes. McIntyre (2012) realizou uma revisão sistemática que envolveu 22 grandes estudos

observacionais, comparando os desfechos perinatais de partos extra-hospitalares (Casas de Parto e Domiciliar Planejado) assistidos por parteiras com partos hospitalares assistidos por médicos. A conclusão dessa revisão foi que as mulheres com gestação de baixo risco atendidas no ambiente extra-hospitalar por parteiras certificadas e qualificadas, tiveram menor número de intervenção obstétrica e uma maior chance de ter o parto normal do que as mulheres com gestação de baixo risco que tiveram seus filhos no hospital. A revisão ainda concluiu que não houve diferença na mortalidade perinatal entre os locais de parto. Ainda assim, o estudo reforçou a importância do treinamento adequado das parteiras para a identificação e atendimento de eventuais complicações que possam acontecer no parto.

O Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo corrobora com essa recomendação. No Parecer - COREN-SP nº 012/2011, é considerado o Artigo 13 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, e recomenda que o Enfermeiro Obstetra que atenda parto domiciliar tenha uma vasta experiência na área obstétrica e que esse, avalie criteriosamente a sua competência técnica e científica para realizar essa atribuição, devendo ser capaz de desempenhar segurança para si e para a gestante (COREN-SP, 2011).

5.4 Categoria 2 – “O parto em casa tem que ser planejado”

O processo do parto e nascimento assistido em ambiente hospitalar é dotado de diversas tecnologias e procedimentos abusivos. De fato, o avanço tecnológico contribuiu para a diminuição dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal, porém, permitiu a concretização do modelo biomédico de assistência que considera a gestação, o parto e o nascimento como doenças e não como expressões de saúde. Dessa forma, as mulheres e os recém-nascidos estão expostos às altas taxas de intervenções, as quais deveriam ser utilizadas apenas quando indicação clínica verdadeira e mesmo assim, de forma parcimoniosa, e não como rotina de assistência. O excesso dessas intervenções desconsidera os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos na gestação, no parto e puerpério, abandonando a premissa de que o nascimento é particular e vai além do processo de parir e nascer (BRASIL, 2016).

Com as trocas de experiências de parto, por meio da participação das mulheres em grupos de apoio em mídias sociais, a escolha pelo Parto Domiciliar Planejado vem crescendo em nosso país. Tendo como um dos motivos o descontentamento com o modelo hegemônico de assistência obstétrica, excessivamente intervencionista e violento. Munidas de informações,

essas mulheres não se satisfazem com esse modelo de atenção em que a tomada de decisão é de responsabilidade do médico, sendo assim, parte dessas mulheres têm descoberto o direito de escolha de local do parto e reconhecem o seu domicílio como um local para o parto, desmistificando o discurso de medo e risco que o rondam (BRASIL, 2014).

Com isso, muitas mulheres estão decidindo ter seus filhos no ambiente acolhedor de suas próprias casas, na opinião da maioria das pessoas e profissionais de saúde, isso significa trocar toda a segurança e modernidade que o ambiente hospitalar oferece, por um local considerado ultrapassado e inapropriado para parir. Mesmo com esse discurso da sociedade tecnocrática contra o parto domiciliar, é surpreendente o aumento de mulheres que buscam essa opção. As mulheres que optam pelo parto domiciliar buscam a forma mais natural de parir e apresentam os mesmos medos e inseguranças que as mulheres que escolhem pelo parto hospitalar, a diferença é que essas mulheres que querem o seu domicílio como local do parto, buscam diversas informações durante a gestação, não ficando presas às breves consultas de pré-natal, e acabam conquistando para si, uma convicção interna daquilo que desejam vivenciar em seu parto, reivindicando assim, o seu espaço e seu protagonismo diante do processo do parto e nascimento (KRUNO; BONILHA, 2004).

Quando as mulheres vão em busca de uma assistência obstétrica, levam consigo as preocupações sobre a gestação e também a vontade de compreender essa situação que está vivendo, para elas e suas famílias a gravidez é um momento muito particular e único na vida, permeado de emoções e medos. A vivência dessas experiências pode marcar de maneira positiva ou negativa a vida dessas mulheres. Por esse motivo, a qualificação dessa atenção à mulher torna-se extremamente necessária, e deve ser realizada de forma clara e compartilhada entre a gestante e a equipe de saúde (BRASIL, 2016).

Com essa postura ativa e de consciência dos seus direitos, as mulheres demonstram cada vez mais, que não pretendem se render à um sistema de saúde biomédico que considera toda gestação como um evento patológico, fazendo com que o seu acompanhamento por meio das consultas de pré-natal, vire uma busca frequente por patologias e situações que desconsideram a fisiologia de cada mulher e se resumem simplesmente a uma consulta formal, com o objetivo de avaliar a vitalidade fetal e a evolução da gestação. Entretanto, são nessas consultas que a mulher deveria receber informação verdadeira sobre a gestação, parto e puerpério, além de sanar todas as suas dúvidas relacionadas ao seu corpo, à sua gestação e ao seu parto propriamente dito, expondo também suas queixas, seus medos e receios.

É durante esse período do pré-natal, que as mulheres começam a se deparar com alguns profissionais que não demonstram confiança e não partilham dos mesmos ideais que elas,

quando essas optam por uma assistência humanizada ao parto e nascimento. Entende-se por assistência humanizada a individualização da assistência, a devolução do protagonismo para a mulher e a utilização da tecnologia e intervenção quando essas forem realmente necessárias e não como rotina (KRUNO; BONILHA, 2004). É nesse período que a maioria das mulheres começam a buscar informações e por consequência começam a conhecer as equipes que atendem o parto humanizado, e também, as equipes que atendem o parto domiciliar planejado.

Muitas mulheres buscam informações e vão realmente conhecer o universo do parto domiciliar, após ter contato com as equipes de parto, que por sua vez, normalmente, realizam com a mulher e familiares uma primeira consulta ou conversa a fim de esclarecer os riscos e benefícios do parto domiciliar, os fatores de elegibilidade, o planejamento da assistência, dentre outras informações. Como relatam as falas apresentadas abaixo:

[...] primeiramente é feita uma consulta para gente se conhecer, porque na verdade é optativo, o casal é que escolhe a gente e não a gente que escolhe o casal, e aí é explicado para o casal o que é um parto em casa, como acontece, porque essa escolha deve ser feita realmente, é uma escolha que não deve ser feita porque tá na moda, e assim vai (Participante H).

[...] ela passa por uma primeira conversa com a gente, a gente expõe todos os riscos e toda a corresponsabilidade do processo, a gente fala para ela pensar e colocamos algumas situações, fala para ela dar o retorno para gente em até 15 dias, se ela quer ou não esse parto domiciliar (Participante I).

[...] a gente acompanha os casais normalmente que querem o parto domiciliar ou querem saber a respeito, a gente faz uma primeira conversa para explicar o nosso trabalho e também conhecer um pouco desse casal, de saber quais as expectativas, o porquê quer esse parto, para a gente alinhar as vontades e saber se esse casal é elegível tanto das questões clínicas, como também das questões emocionais e culturais envolvidas (Participante F).

É importante perceber nos trechos apresentados acima, a fala da Participante I, que se remete à corresponsabilidade da mulher e/ou do casal para com a equipe de assistência, e a fala da Participante F, que discorre sobre a seleção do casal para o parto domiciliar planejado, considerando as questões clínicas, emocionais e culturais envolvidas em todo processo. Essas afirmações vão ao encontro com a assistência à saúde baseada no modelo humanístico², proposto por Davis-Floyd (2001).

² Modelo humanístico - conexão corpo e mente; o corpo como um organismo; o paciente como um sujeito relacional; conexão e cuidado entre profissional e paciente; diagnóstico e tratamento de dentro para fora e de fora para dentro; equilíbrio entre as necessidades da instituição e as do indivíduo; informação, decisão e responsabilidade divididos entre profissionais e pacientes; tecnologia contrabalaneada com humanismo (alta tecnologia/alto contato); foco na prevenção; a morte percebida como um resultado possível; assistência motivada pela compaixão; abertura a outras modalidades de assistência (DAVIS-FLOYD, 2001).

No Brasil não existem publicações que esclareçam totalmente as recomendações para a elegibilidade da mulher e assistência prestada ao parto domiciliar planejado, por esse motivo, considera-se nessa pesquisa, as recomendações destinadas às Casas de Parto e documentos elaborados pelas Associações de Classe.

A Organização Mundial da Saúde (1996) defende que a mulher pode escolher o seu próprio domicílio como local do parto, desde que, ela tenha uma gestação de risco habitual, que receba um nível apropriado de assistência obstétrica e que realize um plano de contingência de transferência para um ambiente hospitalar devidamente adequado e equipado caso ocorra algum problema durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

O parto domiciliar planejado só pode ser realizado em mulheres com gestações de risco habitual, o Ministério da Saúde (2012), define a gravidez de risco habitual como uma gestação que não necessita de intervenções de maior complexidade, e considera a morbimortalidade materna e perinatal menor que da população em geral, são gestações que não apresentam alterações clínicas, e nem em exames laboratoriais ou de imagem. A parteira que atua na assistência ao parto domiciliar deve ser responsável e sensível ao selecionar as gestantes que desejam ter seus filhos no aconchego de seu lar. Não é qualquer gestante que pode ser elegível para o parto domiciliar planejado.

No que diz respeito às questões clínicas, a seleção da mulher para o parto domiciliar planejado, deve levar em conta os critérios de risco universalmente considerados para esse fim, e adotados para o parto fora do ambiente hospitalar. A gestante deve realizar o pré-natal, bem como, todos os exames laboratoriais e de imagem recomendados pelo Ministério da Saúde. A mulher e seu parceiro ou parceira devem ser orientados claramente quanto aos benefícios e riscos do parto domiciliar planejado, e devem demonstrar segurança nessa decisão (ABENFO-SP; AO-USP, 2015).

A fala da participante H demonstra essa preocupação quanto a elegibilidade da gestante para o parto domiciliar planejado:

[...] o parto em casa tem que ser planejado, acredito que assim tenha um melhor desfecho. Um parto planejado você já quer antes de engravidar, ou logo que engravida, é aquela mulher que se informa muito né. “Ahh eu assisti os vídeos de parto e estou com isso em mente”, não é assim, tem esse público também, que é mais oba oba, porque tá na moda né. Assim, tem que comer pelas beiradas, tem que ter muito papo, eu vejo assim, que as parteiras que estão começando e saindo da escola agora não têm essa sensibilidade, isso é com a vida que você vai aprender, não tem jeito (Participante H).

É importante apontar as dificuldades das parteiras em acompanhar plenamente o pré-natal dessas gestantes, visto que os planos de saúde não cobrem os exames laboratoriais e de imagem solicitados por enfermeiras obstetras e obstetrizes, sendo esse, um dos motivos dos quais as gestantes se submetem ao acompanhamento paralelo do pré-natal realizado pelas parteiras e por médicos da rede complementar ou do Sistema Único de Saúde. Médicos esses, que nem sempre vão aceitar a vontade da mulher de ter o domicílio como local do parto e começam a “contaminar” essa mulher e familiares, desencorajando e colocando obstáculos para que ela desista de seu desejo pelo parto domiciliar. Em contraponto, alguns obstetras que acreditam nesse tipo de assistência, acompanham essa gestante em conjunto com as parteiras e se colocam à disposição para serem retaguarda médica dessa mulher, em caso de necessidade ou quando o parto tem que ser assistido em um ambiente hospitalar, porém, na maioria dos casos, sofrem preconceito e perseguição dos colegas médicos que não aceitam esse tipo de assistência. Os trechos apresentados demonstram essa situação:

[...] tem alguns obstetras que trabalham comigo na retaguarda aqui, mas não junto né, não vai junto no parto, uma transferência de casa para o hospital sempre gera estresse, então, tem que ter um obstetra realmente que tenha uma conduta que fale a mesma língua que a gente. Quando o médico é do SUS ou do convênio, normalmente elas não contam que vão parir em casa para não terem algum tipo de bullying né, a grande maioria não conta para os médicos, é um jeito de ter os exames de sangue, urina e os ultrassons (Participante H).

[...] a gente oferece esse serviço de fazer o pré-natal, mas sempre o pré-natal combinado com o pré-natal médico ou do posto de saúde que elas passam pelo SUS (Participante B).

Outro fator relevante demonstrado pelas parteiras é a existência de um limite máximo na idade gestacional dessas gestantes para que elas sejam aceitas pelas equipes.

[...] o nosso limite máximo é 35 semanas, a gente não pega mulheres com mais de 35 semanas, é nesse momento que vamos fechar o contrato com elas, mesmo que elas já estejam com a gente. A gente prefere ter um contato com elas antes, uma vez que a partir de 37 semanas elas podem ter o bebê qualquer dia, aí a gente não se sente confortável de conhece-las ou fazer a primeira consulta com 37 semanas. Acho que com 35 semanas a gente consegue olhar o pré-natal delas, aconselha elas e vemos se elas estão compartilhando isso né, basicamente a criação de vínculo (Participante B).

[...] as gestantes que aparecem acima de 32 semanas a gente fica com um pé atrás, de entender o motivo da demora para escolher, em alguns casos pontuais a gente aceitou algumas gestantes com mais de 36 semanas, mas não foi confortável. A falta de vínculo e de entender o porquê dessa decisão tão tardia, porque o que a gente mais prioriza e bate na tecla com os casais é que nós todos somos uma equipe, porque na visão das pessoas a gente tá errada né, independente de fazer a coisa certa, então se a gente não tiver no mínimo um elo

com o casal, para que se alguma coisa vier acontecer, a gente tem que estar junto, e fica impossível de entender algumas sutilezas, como o perfil desse casal (Participante F).

Começamos precocemente o pré-natal, que é super importante ela poder fazer o pré-natal com a gente paralelo com o médico. [...] todos os exames do pré-natal, fazer pelo SUS também, caso a mulher não tenha condições para a rede complementar, ou seja, paralelo ao SUS ou médico do convênio (Participante H).

[...] atendemos as mulheres a partir de quando ela quiser, nos conheceu, quer fechar conosco, então ela já pode começar o pré-natal conosco, mas a gente estabeleceu um limite de assumir gestante nova até 34 semanas no máximo, assim teremos um tempo para poder estabelecer vínculo. A gente tem estabelecido também que pelo menos passe conosco por 4 consultas de pré-natal, então com 34 semanas ainda dá tempo de passar, a gente sente a diferença, porque é super importante que esse vínculo seja estabelecido no pré-natal (Participante J).

É importante apontar que as participantes citadas acima, consideram o vínculo gestante-parteira como um elemento importante para o bom andamento da assistência obstétrica. Para Lessa (2012), o pré-natal realizado pelas parteiras é individualizado e respeitoso, e a criação do vínculo gestante-parteira oferece às mulheres um enorme suporte à todos os questionamentos que essa mulher receberá. A autora ainda afirma que o atendimento da parteira é muito diferente do oferecido pelo médico e dentro do contexto do parto domiciliar, esse atendimento diferenciado, permite, estimula e favorece uma relação de poder praticamente igualitária e de troca de informações entre as partes.

O objetivo principal do acompanhamento pré-natal é garantir o desenvolvimento da gestação e um parto de um bebê saudável, cabendo ao profissional, abordar questões psicossociais e estimular atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012). Para Kruno e Bonilha (2004), um dos preparos mais importantes para o parto é a busca de informações e a construção de conhecimentos junto ao profissional que assistirá ao parto e nascimento. Dessa forma, as gestantes devem escolher profissionais que se adéquem às suas convicções e desejos.

Sendo assim, a consulta de pré-natal se torna uma grande aliada na preparação para o parto e puerpério, quando conduzida de maneira ampliada, essa consulta ultrapassa as questões biomédicas, e vai além da abordagem de prevenção de riscos gestacionais, alcançando uma atenção focada também no cuidado do corpo, da mente, da espiritualidade, do ambiente e de todo o contexto dessa gestante e familiares.

Algumas parteiras que participaram da pesquisa não se incomodam em não realizar diretamente o pré-natal dessas mulheres, e por vezes, acabam aceitando as gestantes com idade gestacional mais avançada, mas afirmam que as experiências no atendimento não foram satisfatórias.

[...] a gente aceita gestantes até com 39 semanas ou mais, desde seja um pré-natal super tranquilo, e lógico que ninguém vai sair correndo para fazer a consulta nem nada, se der tempo da gente sentar e conversar com calma e preparar tudo que precisa a gente aceita, senão não. Não foram as melhores experiências, já tive uma ou duas vezes e não foi bom, mas a gente não deixou de atender por causa disso (Participante C).

[...] o casal que ia ter hospitalar com a gente começa a chegar 35, 36 semanas e ficam na expectativa, e começam a procurar a possibilidade de ter um PD, principalmente secundigesta, a gente teve uma essa semana, que decidiu de última hora e aí a gente tinha disponibilidade e aceitou (Participante D).

[...] não temos uma data limite estabelecida no nosso grupo, eu atendi um caso que chegou com 41 semanas e não foi uma experiência boa, por conta de falta de vínculo, falta de informação, falta de conhecer essa mulher mesmo, é uma situação que não deve ser corriqueira. É uma coisa que realmente a gente deve sentar e programar qual seria essa data (Participante E).

Na colocação da Participante H, fica claro que a experiência profissional auxilia no momento da eleição de uma mulher para o parto domiciliar:

[...] eu já tive paciente até de 36 semanas, que me falou pelo telefone “eu tava com fulana de tal e mudei agora para essa cidade e estou perdida, o que eu faço?” estou te dando um exemplo, aí conversando eu já percebo desde antes se eu posso ir, então eu já sei se essa mulher realmente está empoderada ou não, se ela já estava sendo acompanhada por profissionais do cenário humanizado, então pode acontecer sim. Agora se a mulher fala assim “ah posso ir te conhecer amanhã?” Aí a mulher entra e eu já sei ela vai parir ou não, pode ser que eu me engane, é claro, como tudo na vida, mas quando dou aquela batida de olho, aquele olho clínico, já olho e digo essa tem chance, já está sendo acompanhada previamente, não surgiu com a ideia do nada (Participante H).

Para Souza (2005), a realização do pré-natal com a parteira é fundamental para a experiência do parto domiciliar começar a ser vivida, esses encontros garantem a possibilidade do casal e da equipe de se prepararem juntos para o parto, construindo vínculo, intimidade e confiança entre as duas partes (família e equipe). Essa construção conjunta potencializa a atuação de todos os envolvidos no processo, por meio do compartilhamento de informações, orientações, experiências, queixas e dúvidas. Sendo assim, o pouco contato da gestante com as parteiras no período que antecede o parto é considerado perigoso.

Pode-se perceber que não existe um padrão do acompanhamento precoce do pré-natal pelas equipes, a maioria das parteiras participantes relataram que começam os atendimentos de pré-natal por volta da 37ª semana de gestação. Durante esse período ficam disponíveis para a mulher e facilitam a comunicação por meio de redes sociais e via telefone.

[...] a partir de 37 semanas é requisito que elas passem conosco em consulta semanal de pré-natal, a gente sempre monta um grupo de whatsapp né, para ir tendo notícias dela, meio à distância (Participante B).

[...]são exigidas duas consultas antes do parto e essas consultas são feitas em domicílio, antes dessas consultas é feita uma consulta de caso novo, para verificar a elegibilidade dessa mulher para o parto domiciliar (Participante E).

[...] a partir do momento que esse casal se torna a princípio elegível, a gente pode começar o pré-natal em qualquer época, pelo menos a gente tenta, começar a seguir a partir de 20, 22, 24 semanas, que é quando já tem o exame morfológico e as doenças de base já foram descartadas. A gente pede no mínimo 3 consultas de pré-natal com a gente, isso fora o acompanhamento que ela já está tendo. Uma dessas consultas obrigatoriamente é feita na casa do casal, para nos familiarizarmos e até para avaliar o domicílio, se tem condição de higiene, condições mínimas habitáveis e aí a gente sempre mantém um contato muito próximo via telefone (Participante F).

Eu sempre gosto de fazer as consultas de pré-natal uma vez por mês, aquela consulta que seria igual ao médico né, então toda essa parte de exames, essa parte da assistência física, exame clínico. [...] eu faço também essa preparação emocional da família, então nos encontramos no consultório, por questão de praticidade e a partir de 36, 37 semanas aí as consultas viram semanais e são realizadas na casa da família, que é para ver a questão do ambiente, para conhecer a família dentro da casa e principalmente a preparação emocional, que eu acho que é isso que faz toda a diferença no PD (Participante K).

Com o avanço da gestação e a real possibilidade da realização do parto no domicílio, as consultas de pré-natal começam a ser realizadas na casa da gestante, essa conduta tem como objetivo algumas tomadas de decisões, tais como: o planejamento e disposição dos materiais na casa, local da casa em que será montada a banheira, fonte de água quente para enchê-la; preparação da casa propriamente dita; avaliação das condições de higiene e saneamento da casa; trajeto da equipe até a casa; trajeto da casa para o hospital de retaguarda, dentre outras coisas.

A equipe deve abordar com a gestante e familiares as questões emocionais, obstétricas, pessoais, culturais, sexuais e outras que possam surgir durante as conversas, essa relação entre equipe e gestante/familiar facilita o conhecimento dos desejos e motivos reais dessa família, construindo assim uma relação de confiança e corresponsabilidade entre as parteiras e familiares. São nesses encontros que o parto domiciliar começa a ser planejado, tanto no que diz respeito a preparação do casal para o parto e puerpério, organização da casa e materiais necessários, quanto a elaboração e esquematização do plano B, que inclui a definição do hospital eleito para assistência em caso de transferência hospitalar intraparto ou pós-parto da mulher ou do recém-nascido e a assistência médica de retaguarda a ser acionada.

Para Kruno (2004), a preparação do ambiente onde será realizado o parto deve levar em consideração as crenças, a filosofia e a personalidade de cada mulher. Esse ambiente vai ser um

cenário de um ritual de passagem, quando esse ambiente é preparado pela mulher, ela se sentirá familiarizada com ele, facilitando a liberação de hormônios necessários para um parto fisiológico e dificultando a interferência externa. Nesse ninho, a mulher não precisará se controlar conforme os padrões esperados pela sociedade. Assim, ela se sentirá livre para gritar, gemer, ficar de quatro, ficar em pé, rezar em voz alta, ficar nua e tudo isso sem os olhares estranhos e preconceituosos que existem no ambiente hospitalar. Uma vez preparado o ambiente para o parto, a mulher tem uma espécie de segurança primária e os dias que antecedem o parto se tornam especiais para ela, entretanto, o parto no ambiente hospitalar não proporciona esses detalhes de preparo.

O parto no domicílio só pode ocorrer acima da 37ª semana de gestação, é a partir desse momento que o feto é considerado a termo e maduro para o nascimento, dessa forma, o trabalho de parto pode acontecer em qualquer momento. No atendimento domiciliar, quando a gestante começa o seu trabalho de parto ou precisa de alguma avaliação obstétrica, ela não tem que sair do conforto de sua casa para enfrentar a sala de espera de algum hospital. A gestante que escolhe parir em sua casa, é avaliada pela equipe em seu próprio domicílio, assim, ela não recebe estímulos externos desnecessários como barulhos, claridade excessiva, posições desconfortáveis, ofensas provenientes de profissionais de saúde, dentre outras coisas que atrapalham a evolução do trabalho de parto.

Quando começam os sinais de trabalho de parto ativo a equipe se desloca para a casa da gestante para dar início à assistência ao trabalho de parto, levando para o local todos os materiais e medicações necessárias para assistência ao parto e nascimento. É importante reforçar que o trabalho de parto assistido no domicílio não deve ser induzido e nem estimulado por meio de medicações, devendo ser de início e evolução espontânea.

Nas falas abaixo as parteiras relatam como começa essa assistência ao parto:

[...] quando elas entram em trabalho de parto uma de nós vai, avalia e estando em trabalho de parto ativo a gente fica, a depender da altura do trabalho de parto, a outra parteira vem compor a equipe e ficamos em duas até o bebê nascer (Participante B).

[...] no trabalho de parto a gente procura chegar na fase ativa, sendo que isso é uma caixinha de surpresa, acompanha o parto então, quando é fase ativa já vamos em duas parteiras, se for ainda mais ou menos a gente vai se revezando e na hora do nascimento a gente prioriza sempre estar em duas (Participante F).

Percebe-se no trecho apresentado pela Participante B, que a avaliação obstétrica inicial pode ser realizada por apenas uma parteira. A avaliação obstétrica consiste na realização do exame físico obstétrico, avaliação dos batimentos cardíacos fetais e estado geral da gestante,

verificação dos sinais vitais e dinâmica uterina. As mulheres durante o trabalho de parto devem ser tratadas com respeito e devem também, ter acesso às informações baseadas em evidências científicas, além de serem incluídas nas escolhas e decisões durante todo o processo (BRASIL, 2016). Dessa maneira, é de grande importância a presença do vínculo entre gestante/parteira estabelecido durante o pré-natal. As falas das participantes demonstram que é imprescindível a presença de duas parteiras para a assistência ao parto e nascimento no domicílio, essa assistência direta de duas profissionais para uma gestante garante os bons resultados perinatais do parto domiciliar planejado, diferente do cenário do parto institucional, que na maioria dos casos, a assistência é de apenas um profissional para várias gestantes.

5.4.1 “Respeita, silêncio, fica invisível”

O momento do parto e nascimento une os eventos mais temidos da sociedade: o nascimento, a sexualidade e a morte, quanto mais temidos são esses eventos, mais existe a necessidade de ritualizá-los, dessa maneira, se cria uma ilusão de que tudo está sob o controle de alguém. A partir disso, começaram os rituais de intervenções: a institucionalização do parto, as roupas hospitalares, as intervenções obstétricas, a pressão em cima de um tempo pautado no relógio, o cuidado centrado no médico e a despersonalização de uma mulher, sequestrando das mulheres esse evento tão íntimo e feminino (JONES, 2012).

Kruno (2004), reflete sobre a omissão da fisiologia do parto, a medida em que os partos são considerados, pelo modelo hegemônico, patológicos e de risco, se faz necessária a presença de intervenções, institucionalização e participação médica direta. Nesse contexto, a instituição hospitalar é o ambiente que favorece a apropriação dos corpos, domina as relações de hierarquia profissional/gestante, normatiza rotinas e condutas e patologiza o processo do parto e nascimento (MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2012). As autoras citadas ainda ampliam essa perspectiva e consideram a instituição hospitalar como uma célula de valores e concepções que materializa o modo de viver e o modo de nascer. Nesse ambiente institucional, a mulher é destituída de seus direitos, de sua autonomia, privacidade, do direito de ir e vir e do direito de decidir sobre seu próprio corpo.

Contrariamente a esse cenário, as mulheres que escolhem ter seus filhos em casa, buscam um ambiente familiar e seguro no ponto de vista físico e emocional, a liberdade e a autonomia de todos os envolvidos nesse contexto facilita a protagonização dessa mulher. Quando o parto é considerado parte da natureza e da história humana, ele deixa de ser patológico e se torna fisiológico e cultural (MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2012). Dessa forma, o

domicílio se torna um ambiente facilitador do parto natural, proporcionando maior sensação de privacidade e conforto, contribuindo para o equilíbrio hormonal, sendo esse, o elemento mais importante e influente no processo do parto e nascimento (MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008; ODENT, 2002).

Durante as entrevistas realizadas nesta pesquisa, emergiram algumas questões relacionadas à sensibilidade e responsabilidade que a parteira deve ter ao atender o parto domiciliar planejado.

[...] eu sempre falo que a parteira tem que ser invisível, tem que ficar à paisana, aí ela vê o que a mulher está precisando, as vezes ela quer nada, quer ficar sozinha e quieta, então deixa a mulher lá. Respeita, silêncio, fica invisível, fica em outro cômodo, se ela te chamar você vai, você está ali na verdade, para alguma situação atípica, você não está ali para fazer o parto, você está ali para assistir o parto e se for necessário, prestar assistência numa emergência. Porque você vai estar ali para fazer um diagnóstico intraparto, eu acho super importante, eu acho uma inverdade dizer que todos os bebês nascem por encanto, que todas as placentas dequitam por encanto, eu sou contra essa fala. Não existe justificativa para uma morte intraparto nem de mulher e nem de bebê, por isso você está lá, para transferir a mulher num momento em que a coisa não tá legal, num sofrimento fetal real, numa hemorragia pós-parto que não consegue estancar (Participante H).

[...] no PD é um tudo junto e misturado, não adianta ser uma excelente parteira e não ver algumas coisas que você percebe que esteja permeando aquele casal. No parto afloram muitas coisas, no momento do parto a mulher fica super sensível, no hospital a mulher é observada, fica acuada e tal, e tem todo aquele bloqueio de ocitocina, mas em casa ela tá no ambiente dela, no mundo dela, com o marido dela, amiga, companheira, mãe ou quem ela escolher, mas ali tem esse fator também, de repente acontece alguma coisa na relação dela com o marido, difícil não influenciar, tudo influencia, é incrível, mas influência (Participante H).

A assistência obstétrica prestada pela parteira é baseada na fisiologia do parto, não exclui a avaliação da evolução do trabalho de parto e bem estar fetal. Durante todo o trabalho de parto é realizada a ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais, a monitorização dos sinais vitais maternos e das condições gerais dessa mulher (KRUNO, 2004).

A Participante H ressalta que a habilidade da parteira vai além da assistência obstétrica propriamente dita, a parteira deve apenas assistir ao parto e não realizar o parto, quem faz o parto é a própria mulher que está parindo. A parteira deve estar ali para diagnosticar alguma condição de distócia e tomar decisões para corrigir essas situações. A parteira deve ser invisível durante a sua assistência, dessa maneira a mulher não se sentirá vigiada ou coagida. Essa característica de atuação das parteiras tende a facilitar a progressão do trabalho de parto.

Na fala abaixo, a Participante H amplia a dimensão do que é o trabalho de parto e demonstra outros fatores que possam influenciar a sua evolução, diferente dos estímulos

hospitalares, o ambiente domiciliar proporciona a vivência do mundo real dessa gestante, dos seus sentimentos, emoções, medos e todas essas questões que ficam afloradas e podem influenciar na evolução do trabalho de parto. O trecho recortado abaixo também salienta essa dimensão do trabalho de parto:

[...] usando a citação do Ricardo Jones que fala que o parto está entre as orelhas, é a melhor frase que eu já vi. A mulher tem que deixar o corpo dela, ela tem que consentir, ela tem que querer. [...] nesse momento do parto ela aflora a relação com a mãe, o próprio parto, ela volta para o próprio útero, ela se infantiliza, ela vira bicho, ela fica animalesca, depende de cada mulher (Participante H).

A citação “O parto é algo que acontece entre as orelhas”, verbalizada pela Participante H, é de autoria do médico obstetra e ativista da humanização do parto e nascimento Ricardo Jones, o autor afirma que não devemos procurar o parto apenas nas contrações uterinas, estrutura óssea da mulher ou nas variações dos hormônios. Para Jones (2012b), o parto e seus mistérios se refugiam do olhar superficial da medicina, para entender o parto “é preciso penetrar nos abismos mais obscuros da alma de uma mulher, lá onde se abrigam os seus sonhos, seus desejos, suas fantasias e suas tristezas”. Essa suposição, nomeia o amor como a chave para entender o que acontece entre as orelhas de uma mulher.

Nesse sentido, a emergência do parto domiciliar e a existência de um processo de valorização da simplicidade, da fisiologia e do intimismo no cenário do parto e nascimento, vai além de um resgate do passado, é um processo que anseia a construção e a socialização de uma perspectiva diferenciada na arte de partejar e de viver (SOUZA, 2005).

5.5 Categoria 3 - O cuidado puerperal de um parto domiciliar planejado

O período puerperal é considerado pela literatura como o mais difícil e solitário para as mulheres que o vivenciam. É conhecido que faltam ações governamentais, institucionais e profissionais que visam a ampliação da assistência no período puerperal para a mulher e sua família. Nesse contexto, é comum a puérpera conviver com a falta de informação, de apoio e de preparo para vivenciar esse momento.

Santos (2010), afirma ser necessário repensar em ações que preencham o vazio existente na assistência integral à mulher no pós-parto. Considera ainda, esse período como novo e difícil na vida da mulher, que por muitas vezes, anseia por um suporte profissional capaz de atender

suas necessidades, dúvidas e que estimule o cuidado voltado para autoconfiança e empoderamento, características indispensáveis para o bom desempenho materno.

A autora ainda afirma, que o puerpério é um momento biológico acrescido de questões sociais, culturais e históricas que influenciam a sua prática, o que resulta em diferentes significados para essa fase. Portanto, as experiências prévias das mulheres, a interação com pessoas do seu convívio habitual e as orientações recebidas pelos profissionais de saúde, influenciam diretamente a vivência desse puerpério pela mulher.

Nesse sentido, Stefanello (2005) ressalta que apesar do puerpério ser um momento delicado, ele é muito rico em aprendizagens, onde pais e filhos passam a se reconhecer enquanto família. Com isso, é importante que a mulher esteja preparada emocionalmente para cuidar e conviver com o seu bebê, se fortalecendo enquanto mulher para desempenhar seu novo papel de mãe. É fundamental o apoio e o suporte emocional que o parceiro e familiares devem prover à essa mulher que está experimentando novas sensações, sentimentos e mudanças físicas e psíquicas.

Quando o parto ocorre no ambiente hospitalar, mãe e bebê recebem alta precoce e contam apenas com as consultas de retorno na primeira semana e após o quadragésimo segundo dia (BRASIL, 2006). Dessa maneira, o binômio fica desamparado no que se diz respeito ao apoio profissional, cabendo apenas à mulher, lhe dar com todas as dificuldades, sentimentos, medos e preocupações que permeiam o período puerperal.

Contrapondo esse cenário da assistência hospitalar, na perspectiva da assistência domiciliar, pode-se perceber que existe uma preocupação por parte das parteiras em abordar as questões relacionadas ao puerpério desde as consultas do pré-natal, questões essas que consideram não apenas o corpo da mulher e do bebê, mas ressaltam a importância do puerpério como todo, considerando as questões emocionais, culturais, sexuais e fisiológicas de cada mulher.

5.5.1 O puerpério como parte da atenção pré-natal

A maioria das parteiras participantes dessa pesquisa, referiram que abordam temas relacionados ao puerpério durante as consultas de pré-natal. Essa abordagem temática visa a preparação emocional da mulher e da família para o período que ela vivenciará após o parto. As parteiras abordam questões educacionais sobre aleitamento materno, cuidados gerais do puerpério, cuidados corporais e cuidados com o bebê.

Iniciar essas conversas sobre o puerpério ainda na gestação, ajuda a mulher e seus familiares a pensar na questão do puerpério em si, que se encontra longe de suas preocupações durante a gestação, dessa maneira, ao abordar essas questões, a mulher começa a se preparar emocionalmente para esse período, mesmo não sabendo realmente o que irá vivenciar.

Nas falas abaixo pode-se perceber a preocupação das parteiras em orientar e informar as gestantes sobre algumas situações que podem ocorrer no puerpério imediato como lacerações perineais, os cuidados imediatos que serão realizados, aleitamento materno, as questões emocionais envolvidas e a preparação de uma rede familiar de apoio para o puerpério:

[...] em uma das consultas a gente fala só disso, ninguém olha para essa parte, todo mundo acha que o parto é o mais difícil e depois é tranquilo, e é o mais difícil né, tem a questão do períneo, da vida sexual, a vida que volta ao normal para o marido, enfim, cuidar do bebê que não é nada simples, todo mundo acha que é fácil brincar de boneca, e não é (Participante A).

[...] a gente sempre fala um pouquinho do pós-parto e não só desse imediato, da saída da placenta e da importância desses primeiros minutos, a gente também fala sobre períneo, possibilidades de laceração, os cuidados. Também falamos da importância deles terem alguém que possa ajudá-los nesse esquema das visitas, que às vezes pode ser um puerpério muito intenso, fala um pouco de amamentação, mas tudo isso é repetido depois in loco, pois acompanhamos de muito perto o pós-parto (Participante B).

A Participante F enfatiza a importância de incluir o pai e a família no processo do puerpério, criando assim, uma rede de apoio para que essa mulher possa cuidar de seu filho. Essa abordagem vai ao encontro com a afirmação de Stefanello (2005), que considera de grande importância a participação e apoio emocional do pai e familiares, frente às necessidades da mulher.

Abordamos as questões emocionais e também conversamos um pouco sobre amamentação, das dificuldades, da necessidade de um apoio familiar ou de uma rede de apoio nesse pós-parto, desse pai participar bastante, a gente até incentiva os pais para tirarem férias e ficar um tempo maior que a licença paternidade, que é tão curta né (Participante F).

Percebe-se na fala da Participante G, uma preocupação na abordagem das orientações de acordo com as necessidades de cada mulher, considerando todo o contexto que ela está inserida, garantindo assim uma atenção individual, característica principal da assistência domiciliar:

[...] falo sobre todas as alterações fisiológicas que acontecem, a questão da nova mulher que se cria né, porque agora tem um bebê novo, como que lida com isso,

a relação da mulher com o companheiro, como fica depois, abordo todas essas questões. Cada mulher eu abordo de uma forma, não tenho assim uma regra, eu vou muito de acordo com cada história, mas assim, vou aos poucos trabalhando o que eu vejo que tem necessidade e as vezes as questões surgem apenas no puerpério, quando a mulher está passando por aquilo mesmo (Participante G).

Já a Participante J, salienta as orientações relacionadas à preparação perineal e não aborda essas questões de forma intensa durante o pré-natal:

[...] falamos um pouco dos cuidados com o períneo, de se tocar e fazer a massagem perineal, pensando mais na recuperação do pós-parto. Falamos também de amamentação, mas no pré-natal não pegamos no pé quanto a isso não (Participante J).

A fala da Participante C demonstra que em algumas situações a parteira tem dificuldade de abordar as questões do puerpério, devido à falta de entendimento da informação pela mulher, que no momento do pré-natal, está mais preocupada com a gestação e com o parto, do que com a fase do puerpério. O trecho recortado da Participante L corrobora com essa afirmação e relata que a mulher durante a gestação não se preocupa com as questões do puerpério e que essa atitude dificulta a absorção de informações pela mulher.

[...] gostaria de abordar mais, eu gostaria de falar do puerpério desde sempre, mas percebo uma dificuldade muito grande nelas de assimilar o puerpério, talvez pela ansiedade do parto, parece que estou falando uma coisa tão longe e elas não estão conectadas com o que eu tô falando. Pelo menos em duas consultas a gente aborda coisas referentes ao puerpério, hoje em dia a gente não ouve mais que o puerpério é fácil, hoje em dia o que a gente mais ouve é que o puerpério é um cão, é pior que o parto, então não sei, eu acho que talvez elas não consigam decifrar exatamente o que elas vão passar, elas só sabem que vão passar por um período difícil (Entrevistada C).

[...] na gestação a mulher está preocupada com outras questões e não com o puerpério, não adianta eu encher ela de outras coisas, porque ela não vai dar ouvido[...] temos um curso para gestantes e discutimos diversos temas inclusive puerpério, cuidados com o recém-nascido e fatores emocionais. São temas misturados, e assim elas conseguem conversar entre elas e tirar dúvidas também, é uma forma de colocarmos as coisas devagar, para elas saberem que existe e como é esse tal puerpério, sem também apavorar, e sem encher a cabeça dela de uma coisa que ela não está interessada no momento (Entrevistada L).

Já no trecho apresentado abaixo, a preocupação da Participante E, além das orientações de puerpério e de aleitamento materno, é de orientar a família sobre os procedimentos e os segmentos que terão que realizar com o bebê após o parto, essa orientação prévia pode facilitar o planejamento, no que diz respeito ao agendamento de consultas e exames para o bebê.

A gente aborda como vai ser o seguimento do bebê, esse bebê deve passar com o pediatra em até 7 dias, falamos sobre vacinação, teste do olhinho, da orelhinha e do coraçãozinho, das dificuldades que ela pode ter com o aleitamento materno e com o puerpério, e como ele funciona, isso que a gente aborda (Entrevistada E).

Essa postura por parte das parteiras em abordar as questões do puerpério durante o pré-natal, é reforçada pela Organização Mundial da Saúde, que em um documento publicado em 2015, destaca as Diretrizes para os Cuidados Pós-natais. O documento traz como recomendação, que toda mulher deve receber informações sobre a fisiologia, o processo de recuperação após o parto, os problemas mais comuns que possam acontecer e como relatar esses problemas aos profissionais de saúde. As recomendações ainda reforçam que temas como aleitamento materno, nutrição materna, e planejamento familiar sejam discutidos com a mulher e seu parceiro (WHO, 2015).

5.5.2 Os primeiros cuidados e o começo do puerpério

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o período puerperal é o mais crítico, sendo o responsável pela maioria das mortes maternas. Quase metade das mortes acontecem nas primeiras 24 horas após o parto e 66% ocorrem durante a primeira semana seguinte (WHO, 2015). Esse período também deve ser reconhecido como um momento sensível, pois a mulher e seus familiares vão finalmente conhecer o bebê. Cabe aos profissionais de saúde garantir que a assistência e intervenções necessárias sejam realizadas levando em consideração a sensibilidade desse momento, e minimizando os fatores que separam mãe e filho (BRASIL, 2016).

Considera-se que o puerpério tem seu início após a dequitação placentária, conhecida também como terceiro período do parto, e suas primeiras horas são nomeadas de quarto período do parto ou período de Greenberg. Esse período tem duração aproximada de quatro horas e durante essa fase o corpo da mulher começa a passar pelas modificações fisiológicas e psicológicas que acontecem após o parto. A principal função do profissional de saúde nesse momento é observar atentamente os sinais e sintomas dessa mulher e de seu bebê, fornecendo medidas de conforto e promoção do vínculo familiar (RICCI, 2015).

Durante a primeira hora após o parto, a mulher deve ser observada minuciosamente, sendo as observações mais importantes: volume da perda sanguínea; involução, contratilidade e altura do fundo uterino; o estado geral da mulher e aferição da pressão arterial, frequência

cardíaca e temperatura. Nesse momento a placenta deve ser examinada cuidadosamente, a fim de detectar anormalidades, e principalmente, para verificar sua integridade (OMS, 1996). Em seu documento mais recente sobre melhores práticas no cuidado pós-natal, a Organização Mundial da Saúde recomenda uma série de cuidados que devem ser realizados para as mulheres e os recém-nascidos, nas primeiras 24 horas após o parto e independente do local de nascimento. Essas recomendações inclui um exame clínico completo, que deve ser realizado cerca de uma hora após o parto, ou depois do contato pele a pele e amamentação (WHO, 2015).

As recomendações de avaliação durante o quarto período do parto, devem contemplar os sinais vitais da mulher; condição física geral, através da coloração da pele e mucosas, respiração e sensação de bem-estar; contrações e condições do útero e da área perineal, se houve laceração, tipo de laceração e necessidade de sutura; nível de conforto e volume do sangramento; avaliação da estrutura e integridade placentária; avaliação das condições emocionais da mulher em resposta ao trabalho de parto e parto; avaliação da micção, que deve ocorrer até seis horas após o parto e avaliação da necessidade de transferência para o ambiente hospitalar em caso de necessidade (BRASIL, 2016; RICCI, 2015). Ricci (2015), ainda reforça a necessidade de verificação dos sinais vitais a cada quinze minutos na primeira hora após o parto e depois a cada trinta minutos na hora seguinte.

Pode-se constatar nas falas abaixo, que as ações tomadas pelas parteiras participantes do estudo, no que se diz respeito à atenção ao quarto período do parto, alcançam as recomendações nacionais e internacionais para a assistência nesse período.

[...] depois que dequita a placenta, depende muito de como for, mas no geral, a gente fica umas 4 horas na casa da mulher e faz um pouco de tudo. Uma vai ficar cuidando mais do bebê e a outra cuidando um pouco mais da mãe, se a mulher precisar de alguma assistência mais específica, as duas vão ficar mais atentas para a mulher, em questão de sangramento e se precisar de sutura a gente faz. Realiza uma avaliação física rápida, examina mama, contração uterina, sangramento, sinais vitais a cada meia hora, na primeira hora e depois a cada 1 hora, ficamos observando o sangramento nesse período (Participante D).

Realizamos exame físico no quarto período, a cada meia hora até uma hora e meia verificamos pressão arterial, pulso, involução uterina, loquiação, faz a sutura do períneo quando há necessidade (Participante E).

[...] avalio a mãe e o bebê, espero o cordão parar de pulsar e muitas vezes dequita espontâneo sem cortar o cordão, avalio se a placenta veio inteira, confiro membrana, cotilédones, cordão, veia e artéria, vejo se o útero tá contraído, se ela tá corada e a pressão. Depois disso vejo se ela tá sangrando ou não, se ela tá sangrando a gente já toma alguma providencia como massagem uterina e raramente ocitocina intramuscular duas ampolas que é 10 U. Quando deixa dequitar fisiologicamente é mais tranquilo, coloca o bebê para mamar, vê se o sangramento tá normal, a gente coloca ela mais semi-sentada e tal, para ela entender que o bebê já nasceu e assim, ela pode comer, a gente muda um pouco

a sequência das coisas, dependendo de como foi o trabalho de parto. Olha o períneo, o bebê pode estar mamando enquanto isso, vejo se tem laceração e se precisa suturar, preconizamos que no período de Greenberg o útero seja avaliado a cada quinze minutos. Se tiver laceração sangrante a gente sutura com técnica estéril e tudo mais, com pinça estéril, isso não sei se é óbvio, mas é bom dizer né, a gente pede a opinião dela e vê se ela quer que suture ou não, explicando os benefícios e tal, a pressão também é verificada nessa primeira hora do pós-parto (Participante L).

Pode-se observar que cada parteira atua de forma diferente, nota-se que não existe uma padronização, por parte das parteiras, na frequência da verificação da involução uterina, sinais vitais e tempo de espera para dequitação. Essa falta de consenso pode ser uma característica da assistência individualizada, porém, pode ser considerada também, como um fator preocupante em relação à assistência ao terceiro e quarto períodos do parto, uma vez, que a maior causa de mortalidade materna é por conta de complicações ocorridas nesses períodos.

Algumas participantes relataram que priorizam o manejo fisiológico do terceiro período do parto, fazendo uso das intervenções indicadas no manejo ativo, apenas quando necessário:

De rotina não fazemos manejo ativo do período de Greenberg, fazemos conforme a necessidade, não fazemos ocitocina de rotina, a gente fica observando, chega a fazer tração controlado do cordão quando necessário. A gente tenta interferir o menos possível nessa hora dourada, a gente não corta o cordão antes da placenta dequitar, pede o menos de interferência inclusive dos familiares, a gente sempre atenta em lembrar que o parto só acaba depois que a placenta saiu. Após isso, a gente observa se teve laceração, se necessita de sutura ou não e faz orientação de cuidado com o períneo, incentiva a amamentação e deixa o bebê em contato pele a pele, a maioria dos bebês acabam sugando nessa primeira hora (Participante F).

[...] eu fico por perto observando sangramento, involução uterina, mas eu não faço manejo ativo não, quinze minutos depois do parto eu só coloco a mão para avaliar a mulher e ver onde tá a placenta, se tá dequitando, se tem cólica e vejo se tá tudo bem, fico por perto, mas não fico colocando a mão. Essa primeira hora eu só observo, agora se tem uma gota de sangue a mais, faço ocitocina intramuscular com certeza e faço manejo ativo da placenta quando passa de uma sem dequitar, isso a gente pactua no pré-natal (Participante J).

Na declaração abaixo a parteira afirmou que acredita que causas emocionais possam influenciar na dequitação placentária:

[...] eu particularmente sou muito tranquila, para desespero das minhas colegas com relação ao nascimento da placenta, se eu sei que a mãe tá bem, pressão tá boa, o útero tá contraído, não tem sangramento e foi um trabalho de parto tranquilo, eu não tenho pressa de placenta. Sei das questões emocionais ligadas à dequitação da placenta, então se do ponto de vista fisiológico está tudo 100 % eu espero ela nascer sozinha (Participante K).

A assistência adequada no terceiro período do parto é de grande importância, é nesse momento que podem surgir complicações como hemorragia, que no Brasil, é a segunda causa de mortalidade materna. Esse período do parto pode ser assistido de diversas maneiras, incluindo o manejo fisiológico – sem intervenção nenhuma e o manejo ativo – que inclui algumas intervenções (administração profilática de uterotônicos, clampeamento e corte precoce do cordão e tração controlada do cordão) esses últimos podendo ser utilizado de forma combinada ou individual (BRASIL, 2016).

O National Institute for Health Care and Clinical Excellence – NICE, em sua diretriz mais recente publicou uma revisão de literatura que incluiu 4 ensaios clínicos randomizados (3 realizados no Reino Unido e 1 na Holanda), essa revisão comparou o manejo ativo e manejo fisiológico na assistência ao terceiro período do parto. Nos estudos do Reino Unido a maioria das mulheres recebeu uma combinação de ocitocina e ergometrina durante esse período do parto. O estudo holandês comparou ocitocina intramuscular com placebo, sem as outras intervenções do manejo ativo.

Nos três estudos do Reino Unido (n=3.400) as evidências foram claras em comprovar que o manejo ativo reduz a perda sanguínea, a necessidade de transfusão sanguínea e valores melhores de hemoglobina no pós-parto. Os estudos não demonstraram diferença significativa em relação a necessidade de remoção manual da placenta e evidenciou presença de efeitos colaterais, como náuseas e vômitos (n=1.512) no uso do manejo ativo. Os resultados apontaram ainda que os bebês que nasceram de parto com o manejo ativo, tiveram uma redução do peso médio, quando comparado com os bebês que nasceram de parto com o manejo fisiológico. Essa diferença se deu por consequência do volume de sangue adicional recebido pelo bebê no manejo fisiológico. O estudo holandês (n=193), não evidenciou diferença significativa em relação à perda sanguínea, nos valores de hemoglobina, remoção da placenta e peso do bebê (BRASIL, 2016; NICE, 2014).

Quanto ao clampeamento do cordão umbilical, todas as participantes relataram que aguardam o cordão parar de pulsar, e que as vezes a placenta é dequitada com o bebê ligado à ela. As parteiras realizam o clampeamento precoce apenas nos casos em que é indicado, como manejo ativo para diminuir o sangramento uterino ou facilitar a dequitação placentária. Essa conduta das parteiras, corresponde às recomendações da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde, que reforçam a importância do clampeamento acontecer após o primeiro minuto, se estendendo até o terceiro minuto ou até parar de pulsar. Nos estudos realizados não foram observados benefícios adicionais, nos casos em que o clampeamento ocorreu após o quinto minuto (BRASIL, 2016; WHO, 2015).

O Ministério da Saúde recomenda que o manejo ativo seja adotado em todos os partos institucionais, mas considera que os efeitos adversos do manejo ativo podem interferir na vivência do parto e na interação entre mãe e bebê. Dessa forma, em casos particulares e de gestações de risco habitual, o profissional de saúde deve orientar a mulher sobre os efeitos colaterais e os benefícios de cada manejo, respeitando a opinião e os desejos da mulher (BRASIL, 2016).

A assistência preconizada pelas parteiras no cenário do domicílio, considera as opiniões e os desejos maternos durante todo o processo do ciclo gravídico puerperal, o planejamento direto dessa assistência conta com a individualização de cada mulher, considerando também a sua família. Cabe às parteiras a orientação quanto aos riscos e benefícios de cada conduta ou procedimento que será, ou não, realizado em qualquer período do parto. Sendo assim, a mulher tem participação direta no planejamento da assistência e seus desejos serão respeitados, desde que, esses não coloquem em risco a sua saúde e nem a de seu filho.

5.5.3 Individualizado o cuidado com a mulher

A maioria das parteiras referiu que após a assistência ao terceiro e ao quarto período do parto, um tempo é dado para que mãe e filho possam entender que aconteceu de fato o parto e o nascimento, esse momento é importante para que haja o reconhecimento de mãe e filho e o início do estabelecimento do vínculo familiar. Após esse reconhecimento as parteiras dão início a outra forma de cuidado, e se preocupam também em garantir a ingesta de alimentos e hidratação pela mulher, agora mãe, providenciam e auxiliam na higiene dela, iniciando as ações de autocuidado no puerpério. Ainda nesse momento, alguns cuidados pertinentes ao recém-nascido começam a ser realizados.

[...] aí se ela estiver bem a gente ajuda ela a tomar banho, a se alimentar, as vezes até preparamos alguma refeição, caso não tenha nada pronto, desmontamos a banheira e vamos organizando a casa, desmontando material. A gente fica muito em cima, fazendo com que o bebê mame logo, mas só deixa ele ali próximo, tem uns que vão pegar rápido e outros que demoram um pouquinho, aí a gente fica por perto orientando sobre tudo e sobre o cuidado com o períneo, higienização, essas coisas (Participante D).

Antes de levantar a gente oferece alimentação, enquanto isso que ela tá lá nessa primeira hora com o bebê, a gente já oferece água, um Gatorade, algumas coisas para comer como castanhas, nozes, frutas secas, sempre deixa perto da cama dela, e depois que dequitar oferecemos a comida mesmo. Não deixamos ela levantar sem comer, isso é uma coisa que me lembro do hospital, a mulherada de madrugada tinha que levantar sozinha e a base de chá com bolacha, isso quando tinha bolacha. Enfim, enquanto ela não comer e não se sentir bem, não levantamos ela, deixamos um banquinho no chuveiro para ela sentar nesse banho,

enquanto uma ajuda ela no banho, a outra vai trocando a cama e arrumando o quarto para ela voltar e deitar (Participante J).

[...] Depois que a placenta sai, geralmente a mãe vai se alimentar, ainda na cama, depois disso, é claro, provavelmente antes disso o bebê já teve contato pele a pele, já mamou, a gente não coloca o bebê de imediato no peito, a gente espera que ele mostre que tá interessado, aí depois disso, se precisar de ajuda, a gente ajuda, senão a gente deixa que esse encontro com a mãe ser bem natural. [...] depois que a mãe comeu, a gente acompanha ela no banho, dá aquela limpeza no quarto, troca cama, enfim, abre a janela e troca o ar, deixa um ambiente limpo né, em condições de começar a próxima fase agora. Geralmente, enquanto isso, o bebê está com o pai (Participante K).

No contexto do parto domiciliar, a mulher é amparada nesse processo todo, as parteiras se dividem entre auxiliar a mulher no banho, realizar alguns cuidados com o bebê e iniciar a organização da casa. Fica perceptível na fala da Participante J, que em sua experiência de trabalho no ambiente hospitalar, a mulher era desamparada e tinha que lidar com esses cuidados sozinha, se alimentando de maneira insatisfatória e tendo que se higienizar após o parto sem ajuda direta de um profissional da saúde, fato esse, que pode ocasionar algumas intercorrências como lipotimia, quedas e síncope.

Essas particularidades são características da assistência ao parto domiciliar planejado, no qual, o simples fato de se oferecer uma refeição, ou até, de preparar esse alimento, se torna uma forma de cuidado individualizado, pois nesse cenário, são considerados os gostos alimentícios de cada mulher, portanto, isso se torna um facilitador para o início da recuperação da mulher após o parto.

Durante as entrevistas algumas parteiras relataram que após o parto, elas se preocupam em preparar um absorvente com chá de ervas, que após congelado, é colocado pelas mulheres com a intenção de ajudar na regressão do edema perineal e auxiliar na cicatrização de lacerações. Pode-se observar nas falas das parteiras que não existe uma receita única, cada parteira prepara o chá de ervas de maneira diferente, as ervas mais utilizadas são a calêndula - *Calendula officinalis* (L.), camomila - *Chamomilla recutita* (L.) e barbatimão - *Stryphnodendron adstringens* (Mart). Após o preparo algumas colheres do chá de ervas são colocadas no absorvente, e esse absorvente embebido de chá é colocado no freezer para que congele, sendo mantido lá até o uso pela mulher, nos primeiros dias após o parto.

[...] depois do banho a gente já coloca uma compressa para ajudar um pouco no edema do períneo e tal, se teve alguma laceração também ajuda. Fazemos essas compressas geladas no próprio absorvente, com chá de camomila e depois coloca no freezer (Participante B).

[...] preparamos um chá com as ervas barbatimão, calêndula e camomila, e colocamos 4 colheres em cada absorvente, depois congelamos o absorvente e a mulher pode usar ele geladinho para colocar no períneo e melhorar edema e dor (Participante E).

[...] nesse momento oferecemos alimentação para ela e ajudamos ela a tomar um banho, cuidamos do períneo também, se a gente achar necessário e se teve alguma laceração, colocamos um gelo e até o absorvente congelado com chá de camomila que preparamos antes (Participante L).

A calêndula é conhecida por suas atribuições terapêuticas no auxílio da reepitelização e cicatrização de feridas. Parente et al. (2009) realizou um estudo envolvendo o uso de extrato etanólico a base de calêndula - *Calendula officinalis* (L.) no tratamento diário de lesões cirúrgicas provocadas em 36 ratos, que foram divididos em dois grupos, grupo 1 – lesão tratada com água destilada e grupo 2 – lesão tratada com o extrato de calêndula. O estudo indicou que o extrato a base de calêndula tem propriedades antibacterianas, principalmente para bactérias gram-positivas e concluiu que sua utilização tem efeitos positivos sobre a atividade cicatricial em feridas cutâneas de ratos, e ação antibacteriana *in vitro*.

O uso da camomila é amplamente popular e conhecido para fins anti-inflamatórios. Uma pesquisa de caráter experimental, realizada por Reis et al. (2011), estudou a ação anti-inflamatória do uso de um infuso de camomila - *Chamomilla recutita* (L.), na concentração de 2,5%, para o tratamento de flebite decorrente de infusão intravenosa periférica de quimioterápicos. O estudo contou com 25 pacientes e inferiu que o uso do infuso de camomila por meio tópico não apresenta toxicidade local e tem uma eficaz ação anti-inflamatória.

Os preparos com a base da casca de barbatimão são popularmente conhecidos pela sua ação anti-inflamatória, analgésica, antimicrobiana e antioxidante, sendo utilizada para o tratamento fitoterápico de distúrbios gastrointestinais e cicatrização de feridas, suas características físico-químicas que garantem essas atividades farmacológicas (CHAVES et al., 2016). Um estudo realizado por Minatel et al. (2010), teve o objetivo de investigar a eficácia de uma pomada contendo 3% de fitocomplexo fenólico de barbatimão - *Stryphnodendron adstringens* (Mart.) no processo de cicatrização de úlceras de pressão. Foram submetidos ao estudo 27 pacientes, apresentando um total de 51 úlceras de pressão, com lesões variando de grau I a grau III. Todas as lesões tiveram seu processo de cicatrização concluído em no máximo 18 semanas, sendo que as lesões de grau I e grau II cicatrizaram em um tempo menor de 3 a 6 semanas. O estudo concluiu que a pomada foi eficiente no processo de cicatrização e foi ao encontro de outros estudos que afirmam a atividade anti-inflamatória e cicatrizante do barbatimão.

É importante ressaltar que o absorvente com ervas preparado pelas parteiras, é confeccionado de maneira caseira, no qual se utiliza um chá preparado com algumas plantas, sem uma dosagem específica de cada componente. Sendo assim, não existe uma certeza quanto a concentração obtida de cada princípio ativo, dessa maneira, o chá é utilizado na intenção de promover a cicatrização perineal, porém, sem a garantia de que esse preparo contém a dosagem específica de cada princípio ativo.

Essa forma de cuidado oferecido pelas parteiras é empírica, uma vez que não existem estudos que comprovem essa prática nas lesões perineais, porém, é conhecida a ação terapêutica de algumas ervas utilizadas nesse preparo. A utilização de ervas para cicatrização é tradicional e popular em nossa cultura, algumas publicações informais associam aos índios a utilização dessas ervas em rituais de cura para fins anti-inflamatórios e cicatrizantes, esse cuidado oferecido pelas parteiras, pode ser consequência de costumes antigos da parteria tradicional.

5.5.4 O cuidado com o recém-nascido de um parto domiciliar planejado

Estima-se que entre 25 e 45% das mortes neonatais aconteçam nas primeiras 24 horas de vida, em decorrência de problemas como asfixia, baixo peso ao nascer e prematuridade. Essa condição chama a atenção e considera novas práticas para o cuidado neonatal imediato e nos primeiros dias de vida do bebê. Com o objetivo da redução da mortalidade neonatal, algumas recomendações como reanimação neonatal adequada, clampeamento tardio do cordão umbilical, contato pele a pele imediato e início do aleitamento exclusivo, estão sendo estimuladas ao nível mundial. Essas práticas proporcionam benefícios imediatos para o bebê e podem ter impacto a longo prazo no desenvolvimento da criança (BRASIL, 2016).

Quando o trabalho de parto é assistido adequadamente, o número de recém-nascidos que apresentam alguma intercorrência ao nascer é pequeno, mesmo assim, cabe ao profissional de saúde uma vigilância adequada e a realização de intervenções oportunas. As evidências científicas apontam que um a cada dez recém-nascidos vai necessitar de ventilação com pressão positiva para iniciar e/ou manter movimentos respiratórios, um em cada cem precisará de intubação e/ou massagem cardíaca e um em cada mil necessitará de intubação traqueal, massagem e medicações (BRASIL, 2016). Esses dados foram obtidos em pesquisas realizadas em partos ocorridos em ambiente hospitalar, sem distinção de gestações de risco habitual e alto risco ou tipos de parto.

As recomendações da Organização Mundial de Saúde, NICE e do Ministério da Saúde são compatíveis acerca da presença de um profissional de saúde qualificado para atuar na

assistência ao nascimento. A Portaria 371 do Ministério da Saúde de maio de 2014, considera como capacitado para a atuação na reanimação neonatal, o profissional médico ou de enfermagem que tenha realizado o treinamento teórico-prático, conforme Norma técnica 16/2014, da Coordenação Geral da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. A atualização desse treinamento deve ser anual e de acordo com as Diretrizes Nacionais do Programa de Reanimação Neonatal. As instituições ainda consideram que qualquer ambiente que possa acontecer o nascimento, deve estar equipado com materiais e medicações necessárias para a reanimação neonatal, se atentam também, em recomendar um plano para a transferência hospitalar do recém-nascido quando necessária (BRASIL, 2014; BRASIL, 2016; NICE, 2014; WHO, 2015).

Na assistência domiciliar as parteiras são responsáveis por assistir e avaliar a mulher e o bebê, diferente do cenário institucional, no qual o cuidado é fragmentado, tendo uma equipe obstétrica responsável pelo parto, outra equipe pediátrica responsável pelo bebê e a equipe de enfermagem responsável pelo cuidado ao binômio, que na maioria das vezes é fragmentado e impessoal. As parteiras que assistem o parto domiciliar devem ser treinadas e capacitadas não só para o cuidado com a mulher, mas também, para a assistência ao recém-nascido, seja ela na hora do nascimento em casos de reanimação neonatal ou nos momentos posteriores ao parto, considerando a fisiologia e adaptação do bebê e possíveis complicações que possam acontecer nesse período.

Nos relatos abaixo, pode-se perceber a atuação das parteiras no cuidado ao nascimento do bebê no parto domiciliar. Os trechos apresentam algumas avaliações que são realizadas no momento do nascimento e logo após o primeiro contato com a mãe. Algumas participantes consideraram como cuidado o exame físico realizado após o nascimento, as orientações realizadas quanto o aleitamento materno, cuidados gerais com o bebê e a assistência ao nascimento propriamente dita, com a utilização do índice de Apgar para avaliar a vitalidade do bebê ao nascer.

[...] fazemos tudo de avaliação primária no bebê, peso, a gente só não mede. Fazemos de cuidado mesmo só a avaliação e pesagem né, tudo a gente avalia primeiro a mãe e deixa o bebê mais quietinho, depois vamos ver sinais vitais, alguns reflexos mais básicos, avalia os genitais, não irritamos muito o bebê. (Participante B).

[...] a gente vai pesar o bebê, orienta a mãe a limpar o coto umbilical, põe fraldinha e orienta vestir. [...] a gente não mede estatura logo que depois que nasceu, só no dia seguinte, a gente só vai medir perímetro cefálico, abdominal e pélvico, e o exame físico céfalo-caudal, genitais, tudo (Participante D).

[...] a gente pesa o bebê, mas não medimos, fazemos a mensuração mais para frente, realiza todo o exame físico do bebê, fazemos as orientações sobre aleitamento materno, cuidados com o coto umbilical, de higiene (Participante E).

[...] faço tudo com o bebê, medidas, peso, cuidado com o umbigo, teste de Ortolani (Participante G).

Na primeira hora o bebê fica no colo da mãe, pele a pele, mama e depois que a gente pesa, verifica perímetro cefálico, administra Vitamina k, se for da escolha do casal, e só. Se tiver muito sangue a gente faz uma higiene rápida, coloca roupa no bebê, ensina o cuidado com o coto umbilical para a família (Participante J).

[...] depois que a mãe tomou banho é que vamos fazer os cuidados com o bebê, pesar, medir e todas aquelas coisas que a gente precisa fazer, perímetro cefálico, abdominal, o exame físico do bebê (Participante K).

[...] com o bebê fora os cuidados com a amamentação, quando ele nasce, eu avalio o Apgar, respiração essas coisas. [...] Também realizamos as medidas antropométricas do bebê, peso, avaliação do cordão umbilical, cuidados com o cordão, impressão plantar na carteirinha, amamentação, basicamente isso. Depois explicamos que algumas avaliações como Ortolani, ausculta, essas coisas necessitam ser realizadas pelo pediatra até o terceiro dia de vida (Participante L).

Pode-se entender por avaliação inicial do recém-nascido a observação dos padrões vitais do bebê ao nascer, um dos métodos de avaliação imediata é o índice de Apgar³, criado em 1952 pela médica Virginia Apgar, e tem como objetivo avaliar a condição física do recém-nascido no primeiro e no quinto minuto de vida, podendo ser estendida até o décimo minuto se a pontuação do quinto minuto for inferior a 7. Essa avaliação fornece dados sobre a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, e esse índice foi inicialmente planejado para indicar a necessidade de reanimação neonatal e não havia, na época, intenção de correlacioná-lo com o prognóstico do bebê (BRASIL, 2016; RICCI, 2015).

A condição vital do recém-nascido deve ser avaliada como um todo, especificamente o padrão respiratório, a frequência cardíaca e o tônus muscular, a fim de determinar se é necessária a reanimação neonatal ou não. Em caso de necessidade da reanimação neonatal, cabe ao profissional minimizar a separação do bebê e de sua mãe, orientando e oferecendo apoio para a mulher e seu acompanhante. Dessa forma, o clampeamento precoce do cordão umbilical, só deve ser realizado em casos em que é necessária a reanimação do bebê (BRASIL, 2016).

³ O índice de Apgar avalia 5 parâmetros do bebê: coloração, frequência cardíaca, irritabilidade reflexa, tônus muscular e esforço respiratório. Uma pontuação de 0 a 2 é atribuída para cada parâmetro, considera-se que 0 indica ausência de resposta ou resposta insatisfatória e 2 indica uma resposta normal. Quanto maior a pontuação do bebê, melhor é a condição dele. Se o índice for 8 ou mais, não serão necessárias intervenções além de manter a termorregulação e apoiar a respiração. Pontuações entre 4 a 7, indica dificuldade moderada, e índices de 0 a 3 significa intensa dificuldade de adaptação à vida extrauterina (RICCI, 2015).

Imediatamente após o nascimento, a respiração do bebê deve ser avaliada e ele deve ser completamente seco e aquecido. É recomendado que o exame físico completo (peso, sinais vitais, observação e clampeamento do cordão) e outros cuidados preventivos como a profilaxia com a vitamina K e vacinação contra hepatite B, sejam realizados após uma hora de vida, e não antes do contato pele a pele imediato com a mãe e o início do aleitamento materno, a vacinação pode ser realizada dentro das primeiras 24 horas de vida. As últimas recomendações reforçam que o banho deve ser adiado até 24 horas após o nascimento, se isso não for possível por outras razões, o banho deve ser adiado pelo menos 6 horas (WHO, 2015).

Durante as falas, as parteiras relataram sobre a orientação da higienização do coto umbilical do bebê, essa orientação é realizada para que os pais e familiares aprendam e realizem a limpeza do coto umbilical a fim de prevenir inflamação e infecção do coto, conhecida como onfalite, facilitando também, o seu processo de mumificação e queda do mesmo. As recomendações do Ministério da Saúde reforçam essa prática, e esclarece que o clamp umbilical deve ser fixado a uma distância de 2 a 3 cm do anel umbilical. A higienização do coto deve ser realizada com algodão embebido de álcool etílico 70% ou clorexidina alcoólica 0,5%, pelo menos três vezes ao dia (BRASIL, 2011).

5.5.4.1 Prevenção da doença hemorrágica do recém-nascido

A questão do uso da vitamina K na prevenção da doença hemorrágica do recém-nascido tem sido amplamente discutida. Existem diferentes protocolos mundiais sobre a realização da vitamina K como medida profilática, as discussões incluem a necessidade de se realizar a vitamina K após o nascimento do bebê, a dose a ser realizada e a via de administração, que pode ser intramuscular ou oral.

No contexto do parto domiciliar, toda a assistência e procedimentos que serão realizados são planejados com antecedência. Desse modo, a parteira tem a responsabilidade de fornecer informações verdadeiras, atualizadas e baseadas em evidências científicas para a mulher e seu parceiro, cabendo à esses a escolha das melhores opções, individualizando assim a assistência que será prestada, considerando suas crenças, cultura e desejos. Essa forma de responsabilidade compartilhada entre parteira e casal é comum na assistência domiciliar e na assistência à saúde nos países europeus, diferente da cultura brasileira, que a responsabilidade é centralizada nos serviços de saúde e nos profissionais.

As parteiras participantes dessa pesquisa relataram que realizam a orientação sobre os riscos da não administração da vitamina K, bem como, os riscos, benefícios e eficácia de sua

administração via intramuscular ou oral. Cabe à mulher e seu parceiro escolher, com base nessas informações, o que deverá ser feito com o seu bebê. Fica claro nas falas apresentadas abaixo, que as parteiras respeitam a posição e decisão da mulher, entretanto, se respaldam juridicamente, solicitando que a mulher assine um termo de responsabilidade, caso ela opte por realizar qualquer opção que não seja recomendada pelo Ministério da Saúde.

Não fazemos de rotina a administração de Vitamina K, elas que escolhem. Durante o pré-natal a gente já deixa com eles um texto falando sobre a Vitamina K e o colírio, e nas últimas consultas de pré-natal eles vão decidindo quais procedimentos vão querer e assinam um termo de consentimento. [...] esses que seriam mais de rotina de hospital a gente em geral não faz, a Vitamina K, metade pede intramuscular, aí a gente faz um pouco antes de ir embora, colírio ninguém nunca pediu (Participante B).

Sobre a Vitamina K, o casal tem a opção de fazer intramuscular, via oral ou não fazer, eles estão orientados nesse sentido e assinam um termo escolhendo, os que optam em não fazer, assinam um termo sobre os riscos. [...] o nitrato de prata a gente não faz, e eles assinam um termo de negativa (Participante D).

[...] sobre os procedimentos que fazemos no bebê, começamos a conversar sobre isso desde o pré-natal, a gente pergunta sobre antecedentes sexuais dessa mulher, para ver se tem necessidade de alguma avaliação a mais e se tiver, pedimos para colher cultura vaginal, mas de praxe não fazemos o nitrato de prata não, explicamos para o casal, que é recomendação do Ministério da Saúde, mas eles sempre optam por não fazer, nem o nitrato ou outro antibiótico. A Vitamina K é um pouco dividido, uma parte quer via oral e a outra intramuscular. Se for a oral a gente só administra a primeira dose e deixa a orientação para as doses subsequentes, com sete dias e vinte oito dias de vida. A Vacina da Hepatite B, a gente não tem acesso e orientamos a realizá-la no posto de saúde (Participante F).

[...] a gente oferece os estudos né, os dados, os riscos de não se fazer ou de se fazer a via oral que é menos eficaz, a gente deixa a critério do casal a decisão, sempre levamos a intramuscular, se o casal quiser a oral, a gente passa para eles comprarem, e se não quiser fazer assina um termo (Participante I).

Existem três formas da doença hemorrágica por deficiência de vitamina K: a primeira é de início precoce, dentro das primeiras 24 horas de vida; a segunda é a clássica e tem seu início dentro da primeira semana após o nascimento e é manifestada por sangramento oral, umbilical e retal; a terceira forma é a tardia, e pode acontecer após a primeira semana de vida, e quase que exclusivamente em crianças amamentadas. As evidências científicas comprovam que a profilaxia com a vitamina K é efetiva e reduz a morbimortalidade neonatal (BRASIL, 2016).

A dose da vitamina K recomendada na administração intramuscular é de 1mg em dose única, essa via de administração é a mais eficaz, pois não depende da absorção gástrica (BRASIL, 2016). É importante enfatizar que a administração da vitamina K não proporciona proteção completa contra a hemorragia (MCMILLAN, 1997).

As recomendações para a administração oral são diferentes em cada país, isso se dá pela falta de estudos bem desenhados e com metodologias adequadas e rigorosas. Alguns colégios de classes internacionais, como o Royal College of Paediatrics and Child Health - ROCOG, recomendam a administração via oral e em várias doses para os bebês que são amamentados. No caso da administração via oral, a dose é de 2mg de vitamina K, sendo que a primeira deve ser feita nas primeiras horas após o nascimento, a segunda com uma semana de vida e a terceira dose com um mês de vida. No Brasil, a via intramuscular é recomendada pelo Ministério da Saúde, entretanto, a via oral pode ser considerada também, desde que as doses subsequentes sejam realmente administradas (BRASIL, 2016).

Segundo Cornelissen et al. (1997), não existem estudos randomizados que conseguiram avaliar adequadamente a eficácia da utilização da vitamina K na prevenção da hemorragia por deficiência de vitamina K do recém-nascido. Os resultados das pesquisas existentes apenas inferem essa eficácia, sendo baseados em estudos não randomizados que consideram os registros dos casos de hemorragia e o tipo de profilaxia utilizada.

A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde recomendam a realização da profilaxia com a vitamina K para todos os recém-nascidos, porém, no caso dos pais recusarem a administração via intramuscular, a opção via oral deve ser oferecida para o casal, desde que sejam orientados quanto ao risco de menor eficácia e a necessidade de doses subsequentes (BRASIL, 2016; MCMILLAN, 1997).

Pode-se constatar no trecho apresentado abaixo, que a Participante H considera que a administração via oral da vitamina K é tão eficaz quanto a via intramuscular. O que acontece de fato, é a falta de estudos bem delimitados e com metodologia adequada para a avaliação da eficácia da profilaxia com a vitamina K, sendo ela intramuscular ou via oral. A maioria dos estudos que existem, são antigos (décadas de 60 a 90) e são de baixo nível de evidência científica.

[...] os estudos mostram que a administração oral e intramuscular da Vitamina K tem o mesmo efeito na hemorragia gástrica do recém-nascido, ela pode acontecer até 72 horas, então o que vale é você administrar 2mg. Se for via oral faz a primeira dose no dia do parto, depois com sete dias e trinta dias, mas os estudos não comprovam que a Vitamina K vai proteger da hemorragia tardia do recém-nascido (Participante H).

Dessa maneira, a escolha sobre realizar ou não a profilaxia com vitamina K, seja ela oral ou intramuscular, cabe à mulher, desde que ela esteja munida de informações de qualidade,

seguindo assim, os preceitos da assistência domiciliar que considera a autonomia e o protagonismo da mulher em todo o processo do ciclo gravídico puerperal.

Nesse contexto, pode-se considerar as seguintes opções oferecidas para a mulher:

- 1 - A administração via oral de vitamina K em três doses subsequentes (ao nascer, 7 dias e 30 dias) - essa via de administração não é o protocolo da assistência prestada no Brasil, porém é recomendada caso os pais recusem a via intramuscular. Essa via de administração é comum em alguns países europeus e segundo os estudos de baixo nível de evidência, apresenta menor eficácia que a administração via intramuscular.
- 2 - A administração única de vitamina K via intramuscular ao nascer - é protocolo adotado no Brasil e que apresenta maior eficácia na profilaxia da hemorragia do recém-nascido por deficiência de vitamina K, dados baseados em estudos de baixa qualidade.
- 3 - Nenhuma administração de vitamina K ao nascimento – não é recomendado por nenhum estudo, mas pode ser justificável pelo fato de não existir evidências científicas de qualidade que validam o benefício da utilização da vitamina K.

Conforme pode-se perceber nas falas das participantes existem casais que optam pela segurança de realizar a injeção intramuscular de vitamina K; outros casais escolhem a via oral, por ser menos dolorida, mas que garante uma proteção ao bebê contra a hemorragia do recém-nascido, mesmo sendo menos eficaz; e existem casais que abrem mão da realização da profilaxia, por pensar talvez em preservar o bebê de intervenções que não se respaldam em evidências científicas de alto nível. O que se tem como certeza é a necessidade da realização de pesquisas de qualidade que possam comprovar essas questões levantadas, como via de administração, dose e necessidade da profilaxia.

5.5.4.2 Profilaxia oftálmica neonatal

A prática da profilaxia da oftalmia neonatal é realizada amplamente no Brasil e em outros países, a sua recomendação se baseia na prevenção de casos de oftalmia causados por micro-organismos existentes no canal de parto. A infecção por esses micro-organismos pode causar a conjuntivite purulenta aguda, e por complicação desta, a cegueira neonatal. Três medicações são indicadas para a profilaxia oftálmica, são elas: pomada de eritromicina 0,5%, tetraciclina 1% e nitrato de prata a 1% na ausência das pomadas (BRASIL, 2016; RICCI, 2015).

O Ministério da Saúde recomenda que todos os bebês sejam submetidos à profilaxia dentre as primeiras 4 horas de vida, independente da via de parto. Essa recomendação é questionada por algumas mulheres que temem complicações causadas pelo uso do nitrato de

prata, que além de causar desconforto no recém-nascido pode causar também a conjuntivite química e manchas amarronzadas na região dos olhos, causada por técnica errada de instilação. Por esses motivos, a maioria das mulheres que procuram uma assistência humanizada ao parto e nascimento se recusam a realizar a profilaxia oftálmica em seus filhos, assumindo assim, o risco e a responsabilidade por essa negativa.

Uma revisão sistemática realizada por Darling e McDonald (2010), teve o objetivo de avaliar a eficácia dos agentes profiláticos da oftalmia neonatal, foram incluídos na revisão 8 ensaios clínicos randomizados, sendo um N total de 26.000 recém-nascidos. Os agentes avaliados foram: nitrato de prata, eritromicina, tetraciclina e o iodopovidina. As autoras reforçam durante a descrição, que a evidência dos ensaios randomizados quanto à eficácia dos agentes profiláticos utilizados na prevenção de oftalmia é de baixa qualidade metodológica. A revisão evidenciou que a profilaxia reduz os riscos de oftalmia neonatal, porém, todos agentes profiláticos apresentaram taxas de falha clinicamente significativas. A revisão ainda afirma que tanto a eritromicina e o iodopovidina são mais eficazes do que o nitrato de prata na prevenção de conjuntivite gonocócica, e recomenda que em regiões onde exista uma alta prevalência de gonorreia materna ou infecção por clamídia, seja realizada a profilaxia oftálmica para todos os nascimentos.

As autoras ainda esclarecem que a profilaxia universal da oftalmia, não impedirá todos os casos de conjuntivite, fazendo-se necessária a identificação precoce e tratamento dos bebês, a fim de evitar possíveis complicações. As infecções por clamídia foram mais prevalentes do que as infecções por gonorreia. Finalmente, a evidência sugere que as leis americanas que exigem a profilaxia oftálmica devem ser revisadas, pois o benefício dessa prática é limitado, reforçam ainda, a necessidade de uma alteração dessa prática em regiões onde a prevalência de infecção materna é baixa. Sugerem novos estudos comparando a prática de prevenção da oftalmia com as implicações da profilaxia universal (DARLING; MCDONALD, 2010).

A Participante C foi a única parteira que relatou sobre a recomendação da realização de exames pré-natais para investigar a presença da infecção materna, caso a mulher não aceite realizar os exames, ela recomenda a utilização de iodopovidina 2,5% como agente profilático. A decisão sobre realizar ou não a profilaxia é do casal, eles são orientados quantos aos riscos e benefícios dessa prática e em caso de negativa do casal, a parteira oferece um termo de responsabilidade para ser assinado. As demais participantes da pesquisa relataram que não realizam a profilaxia oftálmica, e consideram a clínica apresentada pela mulher para diagnóstico de vaginose.

[...] depende da opção deles, abordamos durante as consultas os índices, prevalências e as eficácias sobre a Vitamina K e colírio, eles que decidem e aí a gente solicita também os exames de cultura vaginal de strepto e gonorreia e o de sangue para clamídia, se a pessoa não quiser colher a gente orienta o iodo, não o nitrato, e sim o iodopovidina 2,5. Se fugir da orientação do ministério, eles têm que assinar um termo de responsabilidade (Participante C).

5.5.4.3 A dificuldade de emitir a Declaração de Nascido Vivo (DNV)

Os processos de encaminhamento a serem seguidos após o parto, foi uma das questões que emergiram durante a coleta de dados. Existem alguns processos burocráticos que são facilmente realizados na assistência hospitalar, diferente da realidade da assistência domiciliar, que esbarra em alguns preconceitos e dificuldades dos sistemas brasileiros. Um deles é a emissão da Declaração de Nascido Vivo – DNV, esse documento é numerado e distribuído pelas Secretarias de Saúde. É indispensável a apresentação da DNV para a realização da certidão de nascimento do bebê, e se faz necessário seu preenchimento com todos os dados da mãe, do pré-natal e do nascimento. Algumas parteiras relataram não ter dificuldades em adquirir a DNV, entram em contato previamente com a Secretaria de Saúde e mediante à um cadastro, são liberadas para a retirar a DNV sempre que necessário.

Preenchemos a DNV mesmo, a gente retira na Secretaria de Saúde e é tranquilo, até em outras cidades a gente consegue (Participante A).

A DNV eu consigo retirar na Secretaria de Saúde, sempre tenho duas comigo (Participante G).

Eu retiro a declaração na Secretaria, sem problemas, pois já somos cadastradas, o pai leva a DNV junto com uma testemunha no Cartório para registrar o bebê (Participante H).

Não temos problemas para conseguir DNV (Participante I).

Duas participantes relataram que não conseguem retirar a DNV na Secretaria de Saúde, e realizam essa burocracia em conjunto com algum Cartório de Registro, que muitas vezes, mantém em suas dependências um exemplar da DNV.

Explicamos esse trâmite para o casal desde o começo, aqui na nossa cidade os Cartórios facilitaram para gente, escrevemos uma declaração de próprio punho e levamos no Cartório para que eles preencham a DNV, pois a Secretaria de Saúde daqui não estava querendo fornecer DNV para gente. Tem outras cidades que atendemos que temos mais facilidades em preencher a DNV direto na Secretaria de Saúde. Quando atendemos pela primeira vez numa cidade, a gente precisa ir antes para cadastrar e fazer toda a trajetória, para o município se organizar e fornecer a DNV, porque não são acostumados (Participante B).

A Secretaria de Saúde não fornece DNV para gente, então fazemos um relatório de nascimento com todos os dados que tem na DNV, entregamos para o casal e eles vão até o Cartório com duas testemunhas munidas de RG e o Cartório preenche a DNV e realiza o registro de nascimento, foi bem complicado no começo, já tivemos que mostrar fotos dos partos, pediram a presença da mãe, mas agora já acostumaram. [...] Teste do pezinho e vacinação, a gente orienta o casal a procurar a UBS para o agendamento até o quinto dia de vida (Participante E).

Os trechos apresentados confirmam as dificuldades que as parteiras que atendem o parto domiciliar planejado têm para a obtenção da DNV, mesmo tendo respaldo legal para adquirir e preencher esse documento. O Ministério da Saúde publicou em 2009 a Portaria de nº 116 de 11 de fevereiro de 2009, essa Portaria regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informação em Saúde. No Capítulo III, Seção I, Art. 13 o Parágrafo 8 define que cabe a Secretaria Municipal da Saúde a distribuição e cadastro dos profissionais para a retirada da DNV. Esclarece ainda na Seção VI, Art. 27, que a emissão da DNV é também de competência do enfermeiro obstetra, inclusive na assistência domiciliar (BRASIL, 2009).

Quando a Secretaria de Saúde não fornece a DNV, as parteiras emitem um relatório de nascimento, contendo todas as informações necessárias para o preenchimento da DNV, com esse relatório, a presença do pai munido dos documentos exigidos e a presença de testemunhas, se faz o preenchimento da DNV por algum funcionário do Cartório, e logo após, a confecção da certidão de nascimento.

5.5.4.4 Encaminhamento do bebê para a triagem neonatal

Uma outra questão emergida da coleta de dados, foi a realização do encaminhamento do recém-nascido para o seguimento com o pediatra e a realização das vacinas recomendadas, sendo nesse primeiro momento, a primeira dose da vacina contra Hepatite B e a BCG, e o encaminhamento para a realização das triagens recomendadas pelo Ministério da Saúde, são elas: a realização dos testes do pezinho, do olhinho, orelhinha, entre outros (BRASIL, 2013).

O Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN, foi criado em 2001 e é considerado de grande importância nacional. A triagem neonatal – teste do pezinho, é um conjunto de ações preventivas, que são responsáveis por identificar precocemente bebês com doenças metabólicas, genéticas, enzimáticas e endócrinas, facilitando assim, o tratamento em tempo oportuno, evitando sequelas e a morte. Cabe ao profissional que atende ao pré-natal da mulher, esclarecer e orientar sobre os locais de coleta e a data recomendada para realizá-la. Segundo a

recomendação do Ministério da Saúde, a coleta deve ser preconizada e realizada até o 5º dia de vida do bebê (BRASIL, 2016 b).

Outro exame realizado na triagem neonatal é o teste do reflexo vermelho, conhecido popularmente como o teste do olhinho, é um importante rastreamento de alterações que causam perda da transparência ocular, tais como a catarata, glaucoma, toxoplasmose e retinoblastoma. Todos os recém-nascidos devem ser submetidos ao teste do olhinho, antes da alta na maternidade. Alterações no teste, como o reflexo vermelho ausente, alterado ou assimétrico, o bebê deve ser encaminhado para o seguimento no serviço de oftalmologia, a fim de investigar um diagnóstico e garantir um tratamento adequado e precoce (BRASIL, 2016 c).

Não existe uma recomendação formal do Ministério da Saúde para a realização do teste do olhinho nos bebês que nasceram em casa, dessa maneira, as equipes que atendem o parto domiciliar podem realizar o teste no próprio domicílio, uma vez que o teste do reflexo vermelho pode ser realizado por qualquer profissional de saúde que seja treinado para esse fim (BRASIL, 2016 c).

A triagem auditiva neonatal, mais conhecido como o teste da orelhinha, tem a finalidade de identificar precocemente qualquer deficiência auditiva possível nos neonatos e lactentes. Baseia-se na realização de um teste e um reteste, caso necessário, com medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição, com o objetivo de encaminhá-los para o diagnóstico dessa alteração, quando resultado do teste for insatisfatório. Esse exame é executado por um fonoaudiólogo e deve ser realizado, de preferência entre 24 e 48 horas de vida do bebê, ainda na maternidade. No caso de nascimentos domiciliares, a realização do teste deverá ocorrer até o trigésimo dia de vida, se atentando que todos neonatos devem realizar a triagem auditiva, independente se existe risco ou não para a deficiência auditiva (BRASIL, 2012b).

Pode-se perceber nas falas abaixo uma certa dificuldade das parteiras em realizar os encaminhamentos para que o bebê seja seguido nos serviços de saúde, tanto no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, como na rede complementar. Nota-se também, que a orientação para a realização do teste do pezinho é bem discrepante, no que diz respeito ao período recomendado para que a coleta seja realizada.

Quem faz os encaminhamentos para a vacina e outros exames como o do pezinho, orelhinha e olhinho é a pediatra que trabalha com a nossa equipe. [...] recomendamos o que o teste do pezinho seja feito depois do terceiro dia até o décimo quinto (Participante D).

[...]oriento a coleta do teste do pezinho no quinto dia de vida, assim já aproveita e faz as vacinas de BCG e Hepatite B, elas fazem direto no ambulatório central. O que temos mais dificuldade é com o teste da orelhinha e do olhinho, que só faz na Santa Casa ou particular (Participante G).

[...] teste do pezinho faz na UBS até sete dias de vida. As vacinas orientamos que sejam feitas até 30 dias de vida, no posto mesmo e os outros exames como teste da orelhinha e do olhinho o pediatra faz os pedidos (Participante H).

[...] normalmente o pediatra que faz o encaminhamento para o teste do olhinho e da orelhinha, teste do pezinho elas fazem ou na UBS ou Convênio mesmo (Participante I).

[...] Teste do pezinho a gente orienta que eles busquem o posto de saúde mais próximo, de preferência até quinze dias de vida, de preferência na primeira semana de vida do bebê. [...] Teste do olhinho e da orelhinha são mais difíceis porque não é em qualquer lugar que faz (Participante B).

Constata-se que se faz necessário um reconhecimento da prática do parto domiciliar planejado por parte do Sistema Único de Saúde e do sistema complementar. É sabido que as parteiras esbarram em burocracias para fins como emissão da DNV e encaminhamento do recém-nascido para a realização das triagens neonatais. Desse modo, faz-se necessário a criação de um fluxograma, por parte das Secretarias de Saúde e em conjunto com as equipes de parteiras que atendem o parto domiciliar planejado. Essa ação facilitaria o processo de seguimento dos bebês nascidos em domicílio.

5.5.5 Acompanhamento puerperal domiciliar – “A função da parteira não termina quando nasce o bebê”

Conforme abordado anteriormente, o puerpério corresponde à um momento de adaptação emocional e física, que é vivido intensamente pela mulher e seus familiares. Esse período é marcado pelo conflito que a mulher tem ao lidar diretamente com as expectativas que foram construídas durante a gestação e a realidade do que realmente está vivendo. Considerando a questão emocional, os primeiros dias do puerpério são de adaptação e de reconhecimento entre mãe/filho, mulher/parceiro, pai/filho e mãe/pai. Essa nova configuração dos papéis de mãe e pai, interfere diretamente na relação do casal, fortalecendo-a em alguns casos. A maneira de como será a dinâmica do cuidado com o bebê e a rede de apoio familiar com que a mulher poderá contar, tem impacto direto na vivência da fase puerperal, que muitas vezes é vivida de maneira sombria pelas mulheres que não contam com essa rede de apoio.

A realidade conhecida da assistência puerperal de um parto ocorrido no ambiente hospitalar, é pautada em uma atenção focada apenas nos aspectos físicos da mulher. Após a alta hospitalar, a mulher e seu bebê têm o seguimento conforme as recomendações do Ministério da

Saúde, que considera a realização de uma consulta puerperal precoce, que deve acontecer entre o sétimo e décimo dia, e uma consulta tardia que deve ser realizada com quarenta e dois dias após o parto. Nessas consultas o profissional de saúde deve observar e resolver os problemas mais frequentes do puerpério, como o autocuidado, aleitamento materno e planejamento familiar (BRASIL, 2003).

O puerpério é considerado como um período de risco, dessa forma, sua assistência deve ser de qualidade, baseando-se na prevenção de agravos, na promoção do conforto físico e nas ações educativas, que garantem à puérpera, condições para cuidar de si e de seu bebê. Entretanto, a alta hospitalar precoce e a falta de continuidade da assistência prestada à mulher, são realidades de uma assistência hospitalar (MAZZO et al., 2014).

A visão biologicista predominante no sistema de saúde, dificulta a compreensão, por meio dos profissionais de saúde, dos processos que a mulher vivencia no período puerperal. Portanto, a assistência prestada à mulher nesse período, deve considerar a singularidade de cada fase vivida. Convém ressaltar que as mulheres se encorajam e buscam o seu ajustamento para esse novo papel de mãe, assim, se tornam mais acessíveis para receberem ajuda (NAKANO, 2007).

Contrariando essa realidade, Penna et al. (2006) entende que a assistência puerperal deve ser compreendida na perspectiva da visão da mulher, cabendo aos profissionais avaliar a demanda e a real necessidade de cada mulher, a fim de estabelecer de forma efetiva um cuidado integral que atenda às suas necessidades. A mulher após o parto está repleta de emoções advindas de seu entendimento da nova realidade que vive, dessa forma, requer cuidados especiais para lidar com esse momento complexo e preocupante.

Nesse sentido, a parteira deve acompanhar a puérpera em todos os aspectos, contemplando além do exame físico, as questões psicológicas, espirituais e religiosas, e também, deve considerar o que o puerpério significa para ela. Sendo assim, a mulher que vivencia esse período deve ser assistida com atenção, carinho e cuidado, deve ser estimulada a superar suas dificuldades e verbalizar suas dúvidas, medos e preocupações (SANTOS, 2010). A autora ainda esclarece, a necessidade dos profissionais de saúde adotarem uma postura empática, que seja capaz de compreender todas as questões que permeiam cada momento que a puérpera vive, com a finalidade de transmitir orientações que capacitem e empoderem a mulher nas suas ações e decisões.

Mazzo et al. (2014) afirma que o profissional que atende a mulher no período puerperal, deve considerar o cuidado em todas as suas dimensões, pois, a mulher ao se deparar com a nova realidade de ser mãe, somada às responsabilidades, de cuidado com o filho, dúvidas e medos

advindos dessa nova fase, inevitavelmente precisará de um profissional para atender às suas necessidades.

Os trechos apresentados abaixo demonstram essa assistência individualizada que as parteiras prestam no período puerperal. Algumas parteiras relataram que realizam no mínimo quatro visitas puerperais. A Participante D esclarece que a parteira fica totalmente disponível para a mulher durante o todo esse período, essa disponibilidade é um diferencial que a assistência domiciliar estabelece, a mulher não precisa sair de sua casa para procurar ajuda, sendo assim, é responsabilidade da parteira ir até essa mulher e prestar uma assistência singular, não só durante o parto e nascimento, mas também durante toda a fase puerperal.

[...] uma consulta com até 24 horas do nascimento, depois uma com 72 horas e outra entre 10 e 15 dias, dependendo de como for, aí uma com 30 dias. [...] ela tem a possibilidade de nos chamar a hora que for, e aí vai uma de nós para avaliar. [...] na consulta de 72 horas ficamos mais atentas na amamentação, por conta da apojadura, fazemos todas as orientações de massagem, pega, prega. Se tiver tudo bem né, se não tiver tudo bem, a gente vai antes mesmo. E aí vai fazer um exame físico na mulher e no bebê, vê períneo, útero, essas coisas e no bebê também, vê sinais de atividade, reatividade, hidratação, reflexos, um exame físico mais nesse sentido. Fazemos orientações para o cuidado com o períneo, na 3º e 4º visita falamos um pouco sobre métodos contraceptivos, discutindo as possibilidades e quais eles vão desejar usar, mais isso (Participante D).

Percebe-se na fala da Participante H, que a responsabilidade da parteira é contínua e não termina com o parto.

[...] pós-parto é super importante, fazemos necessariamente 4 visitas, no 1º, no 3º, no 10º e no 30º dia de pós-parto, mas faz outras visitas se necessário, cheguei a fazer 6 visitas para a mulher já, depende do caso. [...] já vou preparada para perder meu dia na visita de pós-parto, ela tem que ser muito criteriosa, então normalmente demora umas 3 horas. Oriento tudo sobre o cuidado com o bebê, ensino o banho do bebê, oriento quanto alimentação. Na consulta de 24 horas me preocupo em avaliar útero, períneo, e começo a me preocupar com o aleitamento. [...] as mulheres não pensam no pós-parto durante o pré-natal, elas não estão preocupadas com a amamentação, se a pega do bebê vai ser boa, se vai ter leite, ela nem sabe o que é apojadura, então assim, a visita do 3º dia é para isso, para avaliar a descida do leite, onde começam os perrengues com a amamentação, o pico da icterícia, observo tudo. A função da parteira não termina quando nasce o bebê, como a função de muitos médicos, eu vejo que o pós-parto de médico é complicado, porque você vai no consultório daqui tantos dias e pronto. Bem complicado o pós-parto, bem complicado (Participante H).

A maioria das parteiras relataram que realizam no mínimo três consultas puerperais, e quando necessário realizam mais visitas, ficando também, à disposição pelo telefone em caso de dúvida ou necessidade:

[...] a gente tem previsto por contrato três consultas puerperais, uma com 24 horas, aí a gente volta com 72 horas que é mais ou menos quando desce o leite, e entre 10 a 15 dias, isso o que tá previsto né, mas em geral a gente volta mais vezes. Nesse período mantemos contato por telefone e faz todo suporte para dúvidas ou coisas mais pontuais, estamos sempre disponíveis. Nessas consultas conversamos sobre planejamento reprodutivo, na última consulta a gente fala sobre isso, oferece algumas possibilidades. (Participante B).

A gente faz uma consulta com 24 horas, a segunda, geralmente entre 48 e 72 horas, de acordo com a descida do leite ou com dificuldades que a mãe apresente. Nessas consultas realizamos o exame físico completo da mãe e do bebê, no bebê fazemos o teste do olhinho. O que demanda mais nessas consultas é orientação de amamentação. [...] depois falamos das orientações de pós-parto, período sem relação sexual, planejamento familiar. Depois fazemos mais um encontro para fechar, por volta de 1 mês após o parto (Participante C).

[...] ah então entre 12 e 36 horas a gente volta na casa do casal para fazer as outras avaliações do bebê e orientações de teste do pezinho, vacina, esses seguimentos de puericultura. Reavaliamos altura uterina, sangramento, períneo. A segunda consulta, normalmente fazemos entre o 3º e 5º dia, que é quando tem a apojadura né, aí vemos como está esse casal e focamos mais na amamentação. De 7 a 15 dias voltamos para fazer a última avaliação, aí vemos a cicatrização da laceração, exame físico de novo e vemos como foi a experiência do parto e tudo, mais ou menos isso (Participante F).

[...] a primeira visita geralmente é uma atenção bastante clínica mesmo, a gente quer saber da altura uterina, do sangramento da mulher, se teve laceração com ou sem sutura, a gente quer ver esse períneo, orientamos bastante a questão dos cuidados com a mãe, a alimentação, não levantar sozinha, higiene íntima. A gente prepara bastante a família, porque essa família que vai dar o apoio, seja marido, avós ou mesmo amigos. Falamos bastante sobre a questão das visitas, de não ter muita visita, os cuidados com o bebê, dá um banho junto com eles, ensinando mesmo, orienta e limpa o coto umbilical com a mãe, olha o aleitamento, tudo isso na primeira visita com 24 horas. Na segunda visita, basicamente, refaz tudo isso da parte clínica e aí tem mais a orientação com o aleitamento né, porque provavelmente já tenha descido o leite, observamos muito a questão da icterícia neonatal, que é uma coisa bem importante, repassamos todas as orientações de novo, tudo que já tínhamos conversado no pré-natal, retomamos. Também entregamos a DNV né, se certifica de que a família fez o agendamento do teste do pezinho, a consulta com o pediatra, recomendamos que seja feita até o 7º dia de vida, são mais essas orientações (Participante K).

A visita com 24 horas após o parto é unânime na fala de todas as parteiras, nessa visita, segundo a Participante K, a atenção está mais voltada para clínica da mãe e do bebê, sendo realizado o exame físico de ambos e reforçado orientações quanto aos cuidados puerperais, como alimentação e higiene, e os cuidados com o bebê, como aleitamento materno, banho de sol, higiene do coto umbilical e a realização do primeiro banho do bebê. Nessa primeira visita também são entregues a Declaração de Nascido Vivo ou o relatório de nascimento, e são realizadas orientações quanto a necessidade do seguimento do bebê com um pediatra e a

realização de alguns exames de triagem neonatal, como o teste do pezinho, do olhinho e da orelhinha.

Quanto à segunda visita, a maioria das parteiras relataram que é realizada entre o terceiro e o quinto dia após o parto, a escolha por esse período se dá, por conta de coincidir com a apojadura da mulher. Segundo as falas das participantes, todo o exame físico é repetido em mãe e bebê, sendo que nessa visita, as orientações são mais focadas no aleitamento materno e cuidados mamários.

Segundo as parteiras participantes, o período em que a terceira visita é realizada, varia entre o sétimo e o trigésimo dia após o parto. Nessa consulta além de toda questão física e clínica do binômio, algumas parteiras abordam a questão do planejamento familiar e da sexualidade do casal. A Participante C, relata a dificuldade em abordar a questão da sexualidade com o casal, e sugere que seria mais fácil abordar essa questão apenas com a mulher.

Mazzo et al. (2014) considera importante que o planejamento familiar seja abordado durante as consultas de puerpério, devendo ser valorizado suas especificidades, tabus, receios, e também aspectos culturais, econômicos, sociais e espirituais do casal.

Três parteiras referiram que realizam apenas duas consultas de puerpério:

A gente faz no dia seguinte com 24 horas de vida, a gente faz mais ou menos no 4º ou 5º dia, quando desce o leite e depois na segunda semana de vida do bebê. [...] se tiver alguma necessidade ou algum problema nesse pós-parto a gente vai fazer quantas visitas forem necessárias (Participante A).

[...] fazemos duas consultas pós-parto, uma com 24 horas e uma com uns 15 dias de nascido. A qualquer ligação da mulher no pós-parto, uma de nós vai fazer uma visita para ver essa mulher, por qualquer motivo, insegurança, dificuldade com limpeza do coto, dificuldade com amamentação, recentemente eu tive um caso desses de insegurança. [...] nessas consultas fazemos todo exame físico da mãe e bebê, avalia amamentação, busca informações para saber como foi a experiência do parto para ela, se a equipe realmente chegou nas expectativas dessa mulher, pedimos sugestões até para modificar e melhorar o atendimento dos próximos partos. [...] a gente acaba tendo que responder dúvidas e questões das mães até 6 meses depois do parto (Participante E).

Primeira consulta com 24 horas, a gente verifica períneo, involução uterina, pressão arterial, estado geral da mulher, como tá a amamentação, e dá uma ajudada geral. Aí a gente volta com 7 dias e já é um pouco mais calmo, durante essa semana mantemos contato, aí vê se já levou no pediatra, se ganhou ou perdeu mais peso, estamos tentando inserir mais uma visita. [...] se precisar de qualquer avaliação antes, a gente vai também, por qualquer coisa. [...] temos parcerias com algumas doulas que intercalam as visitas com a gente (Participante I).

A Organização Mundial da Saúde recomenda que a primeira visita após o parto seja realizada dentro das primeiras vinte e quatro horas, e reforça a necessidade de se manter um

contato, via telefone, entre a mulher e a parteira. Recomenda que todas as mulheres devem ter pelo menos quatro consultas de puerpério, sendo elas: no primeiro dia (24 horas), no terceiro dia (48-72 horas), entre o sétimo e décimo quarto dia e com seis semanas após o parto. Esclarece ainda, que deve ocorrer consultas extras, quando necessário, a fim de solucionar problemas que possam surgir (WHO, 2015).

A Organização Mundial da Saúde recomenda o seguinte roteiro mínimo para as consultas puerperais:

- 1ª consulta (24 horas) – exame físico da mulher e do bebê; avaliação da loquiação, involução uterina e eliminações, sinais vitais de ambos, promoção do aleitamento materno exclusivo, peso do bebê e banho do bebê apenas com 24 horas de vida.
- 2ª consulta (48-72 horas) – as avaliações físicas devem ser realizadas novamente e o profissional deve se atentar para algumas questões como, incontinência urinária, função intestinal, condições do períneo e cicatrização da lesão, presença de cefaleia, fadiga e dores.
- 3ª consulta (10-14 dias) – refazer todo o exame físico da mãe e do bebê, as mulheres devem ser questionadas sobre o bem estar emocional e a presença de tristeza.
- 4ª consulta (42 dias) – perguntar as mulheres sobre questões de sexualidade e orientar sobre retomada da atividade sexual e possível dispareunia. Abordar informações sobre planejamento familiar e indicar as opções de contraceptivos.

O aleitamento materno deve ser avaliado a cada consulta e as mulheres devem ser questionadas sobre seu bem estar emocional e sobre o apoio familiar. Cabe aos profissionais de saúde encorajar os familiares a ajudar a mulher. Os profissionais devem encaminhar o bebê para avaliação médica caso apresente: problemas com aleitamento materno, convulsão, desconforto respiratório e taquipneia, febre ou hipotermia, icterícia nas primeiras 24 horas de vida ou icterícia maior que zona 3 com qualquer idade (WHO, 2015).

No contexto da assistência domiciliar, o cuidado puerperal também é individualizado. Apesar das recomendações nacionais e internacionais de cuidado, não existe um protocolo único e fechado para a assistência puerperal. Essa característica segue as mesmas bases da assistência prestada no momento parto e considera o vínculo entre a mulher e parteira, a base principal para permitir uma relação mais individualizada e assertiva, dessa maneira, a parteira tem mais facilidade em atender as reais demandas da mulher e da família.

Algumas parteiras mencionaram uma certa dificuldade pessoal em abordar alguns temas com o casal. Segundo essas participantes, algumas questões como a sexualidade, as rotinas familiares e as questões emocionais são assuntos desconfortáveis e difíceis em sua abordagem.

Nota-se nas falas das Participante C e J, que a parteira se sente mais à vontade em conversar sobre sexualidade sem a presença do parceiro.

[...] não conseguimos falar muito sobre sexualidade, pois nessa consulta geralmente estão os dois, e já estão em outra fase, então a gente tem um pouco de dificuldade em chegar nisso, talvez precisasse de um encontro só com ela (Participante C).

[...] a sexualidade é um ponto para mim difícil de ser abordado, porque eu tenho uma certa dificuldade de perguntar isso quando o casal está junto, com a mulher sozinha eu me sinto mais à vontade e gosto de ter momentos só com ela (Entrevistada J).

A Participante E vai além em sua reflexão, reconhece que a sua assistência puerperal precisa de melhorias acerca das questões emocionais, sexuais e pessoais de cada mulher. Nesse contexto, a parteira amplia sua visão e discorre sobre as mudanças na vida da mulher com a chegada do puerpério. Entende ainda, que a parteira deveria ser responsável por estimular essas mulheres que vivem a realidade do puerpério a se reunirem em grupos, para conversar e expor as suas realidades e emoções.

Percebo que preciso melhorar a abordagem das questões emocionais, sexuais, a volta dessa mulher enquanto mulher produtiva, a volta para o trabalho, essas questões mais amplas do puerpério. Percebo que tanto nós quanto a maioria das equipes, deixam a desejar na atenção pós-parto. Gostaria de investir mais nisso, as vezes formar alguns grupos de puérperas que se auto mantenham, porque o pós-parto não tem a duração de só de 40 dias, ele pode durar anos para algumas mulheres. Fazer algo mais para manter essas mulheres juntas, trocando experiências. A gente percebe que a mulher sente falta da assistência, sente falta das parteiras e reunir essas mulheres pode ser um resgate para não deixar perder esses vínculos criados no parto domiciliar (Participante E).

As afirmações da Participante E, corrobora com a posição de Strapasson e Nedel (2010), que inferem que as puérperas são inseguras e totalmente dependentes de apoio para assumir seu próprio cuidado e o cuidado com seu bebê. Trazem ainda, que a transição para o papel de nutriz tem sido uma das principais dificuldades encontradas pelas mulheres, e relacionam isso com questões sociais, culturais e de estéticas. Em segundo plano surgem as dificuldades relacionadas ao apoio emocional e à necessidade de sono e descanso, aliado à isso, surge a preocupação de poder conciliar a vida profissional com a maternidade.

Na fala abaixo, a Participante L reflete sobre as questões emocionais advindas da fase puerperal e assegura um acompanhamento mais próximo dessa mulher, garantindo o apoio profissional e a avaliação das questões emocionais apresentadas pela puérpera.

[...] penso que cada fase do puerpério é uma fase, são preocupações. Tem a fase do começo, que é mais tranquilo né, a mulher ainda tá na euforia do parto, cheia de adrenalina e ocitocina, ainda terminando de entender que nasceu e tá feliz e tal. Já no 3º dia já começa bater o cansaço, aí tem a saída dos hormônios, o blues puerperal e tal, então, essa primeira e segunda semana a gente sempre acompanha de mais perto (Participante L).

Pode-se identificar que apenas duas parteiras refletiram sobre a atenção que deve ser dada para as questões emocionais do puerpério. É conhecido que a mulher que vive a fase puerperal está repleta de emoções e sentimentos novos. Muitas vezes, por conta da queda hormonal, cansaço e questões pessoais, a puérpera pode atravessar alguns momentos de tristeza. A abordagem dessa condição emocional da mulher gera uma certa dificuldade, por parte das parteiras, em lidar com essa situação. Esse obstáculo pode ser consequência da formação acadêmica das parteiras, que em sua maioria, está mais voltada para as questões biológicas da atenção obstétrica, do que para as questões humanas.

A maioria das parteiras seguem as recomendações internacionais e nacionais para a assistência da mulher no período puerperal, entretanto, é evidente que seus olhares estão mais voltados para o biológico do que para uma abordagem mais ampliada do que realmente é o puerpério, sendo assim, fica claro que nas suas rotinas de cuidado a visão biológica é predominante.

É certo apontar que a assistência puerperal do parto domiciliar é mais individualizada e presente, no que diz respeito às orientações e cuidados prestados para a mulher e seu bebê, do que a assistência puerperal de um parto hospitalar. No entanto, ainda se faz necessário que a assistência prestada pelas parteiras no período puerperal do parto domiciliar, seja ampliada para uma abordagem individualizada e integral, se aproximando ainda mais das questões emocionais, sociais, culturais e pessoais de cada mulher.

Uma questão extremamente importante foi levantada pelas participantes dessa pesquisa, durante as entrevistas algumas parteiras expressaram as suas opiniões quanto às vantagens do acompanhamento puerperal no cenário da assistência domiciliar.

Constata-se na fala da Participante E, que a sua percepção da assistência puerperal após o parto domiciliar, é superior à assistência prestada após um parto hospitalar. A parteira relaciona essa condição à liberdade que é dada para a mulher, de buscar ajuda e informação diretamente com a parteira, que mantém esse canal de comunicação pelo tempo que for necessário. A parteira ainda relata que mesmo tendo essa assistência tão individualizada, a atenção puerperal ainda precisa melhorar para atingir a plenitude do que é o puerpério.

Acredito que a assistência no pós-parto domiciliar é infinitamente superior a do hospital, porque a mulher tem a liberdade de buscar a informação com a gente, que sejam as dúvidas com o umbiguinho, de amamentação, essa mulher tem para quem se referenciar, então ela tem a liberdade de voltar para essa parteira. Percebo que no hospital o aleitamento materno e os cuidados ficam muito jogados e realmente, essa mulher vai embora do hospital sem saber amamentar, isso a gente garante no parto domiciliar, mas acredito que seja pouco, para a plenitude que é o puerpério (Participante E).

A Participante K, reflete sobre alguns pontos negativos no que diz respeito a assistência puerperal de um parto domiciliar, a parteira esclarece que quando a família não está bem estruturada, sente a falta de um profissional presente durante esse primeiro dia após o parto, sendo que no ambiente hospitalar essa presença de um profissional, é na maioria das vezes garantida.

Enquanto profissional, eu percebo uma grande diferença no pós-parto domiciliar, acho que muito tranquilo a mulher já estar na casa dela, vejo que a assistência é mais humanizada. Vou falar das coisas positivas primeiro, acho o bebê que está em casa é mais tranquilo, acho que tem um empoderamento maior da mulher no pós-parto, acho que tem menos preocupações com exames e procedimentos desnecessários, como bilirrubina e lavagem gástrica, essas intervenções que em casa não vão ter. Acho que a ajuda dos familiares é maior, existe uma colaboração maior. Vejo também alguns pontos negativos, quando a família não está tão estruturada e segura, algumas mães sentem falta da campainha do hospital e dessa falsa segurança que hospital fornece, nesses casos é mais difícil, porque não estamos 24 horas por dia com essa mãe (Participante K).

A Participante I conta sua experiência pessoal sobre o atendimento que recebeu após um parto hospitalar e após um parto domiciliar. Ela afirma que a melhor experiência foi a assistência domiciliar e associa isso à existência de uma parteira disponível para retirada de dúvidas e auxílio, mesmo que à distância.

[...] vou contar minha experiência pessoal, no parto que tive no hospital, fui muito bem assistida em termos de amamentação e em geral, mas isso até quando você está lá. Quando cheguei em casa eu não tinha o suporte de ninguém, demorei para conseguir uma consulta com o pediatra e quando consegui, meu filho foi atendido em 15 minutos. Então quando você vai para casa acabou, você não tem suporte nenhum. Quando eu tive o parto é domiciliar, a história foi outra né, porque você tem todo o suporte, você sabe para quem ligar e tirar qualquer dúvida, você tem esse profissional disponível para você, isso é um diferencial maravilhoso, maravilhoso (Participante I).

Na realidade do parto domiciliar, o cuidado puerperal começa a se desenvolver no próprio ambiente em que família vive, assim, todas as orientações e avaliações realizadas no

puerpério, levam em conta as condições sociais, culturais, financeiras e a dinâmica de cada lar. Toda a assistência é prestada considerando as necessidades de cada mulher, cabe a parteira configurar essa assistência de maneira integral, incluindo todo cuidado com a mulher, com o bebê e com a família que acaba de se formar. A parteira fica disponível para o puerpério da mulher e é a referência dessa família para qualquer dúvida ou questão. O vínculo estabelecido entre a parteira e a puérpera desde o pré-natal, pode ser visto como um facilitador durante a assistência puerperal, pois a mulher tem liberdade para expor para a parteira suas dúvidas, suas dificuldades, seus medos e receios, e a parteira terá mais facilidade em interpretar as necessidades que essa mulher apresenta, podendo assim, planejar uma assistência individualizada e integral nessa fase puerperal

5.5.6 Descarte dos resíduos biológicos e perfurocortantes

Uma das maiores dificuldades relatadas pelas parteiras participantes da pesquisa foi garantir o destino adequado para os resíduos sólidos e perfurocortantes, provenientes da assistência ao parto e nascimento. Observa-se nas falas abaixo, que não existe um descarte apropriado da placenta. Na maioria das vezes a placenta fica em posse do casal, que após congelada, é plantada por eles, simbolizando o nascimento do filho. Quando o casal não fica com a placenta, a parteira que não dispõe de coleta de lixo hospitalar no consultório, opta por plantar essa placenta.

Nota-se na fala da Participante B, uma preocupação em orientar o casal que a placenta não deve ser descartada em lixo comum, essa orientação é reforçada com a assinatura de um termo que responsabiliza. Quando a placenta fica em posse da parteira, ela tem dificuldade em descartar no destino correto, pois as empresas que recolhem o material biológico não aceitam quantidades pequenas desse material. Sendo assim, a opção que lhe resta, é enterrar a placenta ou contar com a ajuda de algum conhecido vinculado à uma instituição de saúde, na qual exista a coleta de lixo hospitalar. A participante ainda afirma que é necessário encontrar uma solução adequada para essa questão.

[...] placenta é um problema né, a gente oferece para elas, se querem ficar ou não, se a família optar por ficar, elas precisam assinar um termo de que elas não vão jogar essa placenta no lixo comum, então, se eles vão ficar com a placenta, terão que plantar ou um outro fim que não seja o lixo comum. [...] nunca conseguimos uma empresa que aceitasse desprezar pouca quantidade de material biológico. Ou a gente dá um jeito de entregar para algum conhecido que trabalha em hospital ou a gente planta, isso por agora, mas precisamos conseguir uma solução para esse descarte (Participante B).

[...] nunca nenhuma família quis jogar fora a placenta, todo mundo quis guardar para plantar depois. Mas agora estou parando para pensar, e se alguém não quiser ficar com a placenta, eu não sei o que vou fazer (Participante C).

[...] temos um termo que a família escolhe se quer ficar com a placenta ou não, caso eles não queiram, a gente descarta no lixo hospitalar de um hospital que minha parceira trabalha (Participante D).

A placenta normalmente o casal fica com ela, se o casal não tiver desejo de ficar com a placenta, a gente leva ela para o consultório, que tem coleta de lixo hospitalar. Então levamos ela num saco branco e despreza no lixo hospitalar (Participante E).

Nota-se nas falas das Participantes F e K que por conta da dificuldade no descarte adequado da placenta, uma pessoa se prontificou em enterrá-las no quintal de sua casa, que ficou conhecido como cemitério de placentas:

Placenta a gente incentiva todos os pais a ficarem com a sua própria placenta (risos), os pais que não querem, a gente doa para uma pessoa, que planta no fundo da casa dela num cemitério de placentas (Participante F).

Eu sou apaixonada por placenta, sempre fui, desde a minha, enterrei as minhas na minha casa e naquela época nem se falava sobre isso. [...] tive um caso só que a mulher não quis ficar com a placenta e acabamos levando a placenta para um cemitério oficial de placentas aqui na cidade, que é a casa de uma amiga nossa, que enterra no seu quintal. As mulheres também podem encapsular a placenta, uma colega nossa faz isso (Participante K).

Uma outra questão levantada pelas Participantes K e I, foi a possibilidade de encapsular a placenta para ser ingerida pela mulher após o parto.

[...] a grande maioria das famílias querem enterrar né, agora a gente encapsula placenta, então eles ficam entre encapsular e enterrar. Quando precisamos jogar a placenta, encaminhamos para um contato nosso que descarta numa unidade básica de saúde (Participante I).

Muito tem se falado sobre o encapsulamento e ingestão da placenta, a ingestão de sua própria placenta após o parto, é comum entre os mamíferos, porém, entre os humanos esse costume não é tão difundido. As mulheres que ingerem sua placenta após o parto, baseiam-se na crença de que os nutrientes e hormônios contidos na placenta podem auxiliar na recuperação pós-parto. Faltam pesquisas com nível elevado de evidência científica que comprovem essa prática, entretanto, alguns estudos com baixo nível de evidência, indicam alguns benefícios na ingestão de cápsulas de placenta desidratada.

Selander et al. (2013) realizou um estudo sistemático com 189 mulheres, tendo como objetivo, investigar as motivações e os efeitos percebidos pelas mulheres que ingeriram sua própria placenta. O estudo inferiu que a maioria das mulheres relataram a presença de

benefícios percebidos, demonstraram grande satisfação e observaram principalmente um aumento da produção de leite, diminuição dos sintomas de tristeza puerperal e uma maior disposição após o parto. Esses benefícios reportados, podem estar relacionados com as substâncias existentes na placenta, como o ferro e alguns hormônios, entre eles, a ocitocina, a prolactina e o adrenocorticotrófico – ACTH.

Gryder et al. (2017), realizou um estudo piloto duplo-cego que comparou o efeito da placenta encapsulada *versus* um placebo bovino. O estudo investigou a concentração de ferro no organismo da mulher, por meio de exames laboratoriais de hemoglobina, transferrina e ferritina, através de amostras sanguíneas coletadas em quatro momentos, gestação (36 semanas), no quinto e sétimo dia após o parto, e três semanas após o parto.

O pequeno estudo (N = 23), não revelou diferenças estatísticas significantes na dosagem de ferro materno, entretanto, encontrou maiores níveis séricos de ferro no sangue das mulheres que fizeram uso da placenta encapsulada do que no grupo que ingeriu o placebo. Percebeu-se também, a presença de concentrações de ferro nas cápsulas de placenta (0,664 mg/g). O estudo alerta ainda, que as mulheres que necessitam suplementar a deficiência de ferro no puerpério, e optam pela ingestão de cápsulas de placenta como única suplementação, podem estar ingerindo uma quantidade inadequada de ferro.

Em nota à uma matéria realizada por Félix (2016) no Jornal Estadão, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, informou que não existe uma norma que proíba a prática do encapsulamento de placenta, mas alerta que a família deve fazer a requisição prévia desse serviço e que o material deve ser devidamente acondicionado para que não apodreça. Não existe um consenso entre a recomendação dessa prática, seus benefícios ou sua proibição. Todos os estudos sugerem a realização de novas pesquisas com maior rigor metodológico.

Fica claro nas falas abaixo um grau de irresponsabilidade quanto ao manejo e descarte adequado da placenta, enquanto material biológico. A Participante G não se responsabiliza por garantir o descarte, e transfere essa responsabilidade para o casal. Já a Participante L, considera que a placenta pode ser descartada em lixo comum, contrariando as recomendações da ANVISA:

Ahh eu falo: o que vocês vão fazer com a placenta eu não sei, eu sei que comigo ela não vai ficar (risos). Mas eu não pego a placenta não, eles querendo ou não, eu falo que fica a critério deles, inclusive teve um que levou para jogar no posto de saúde e o posto recusou, no fim acabaram enterrando a placenta. Eu só falo que não pode jogar no lixo comum (Participante G).

Olha a maioria dos pais querem ficar (risos), mas se eles não quiserem vai para o lixo mesmo. [...] vai para o lixo mesmo, porque eu penso que é como um lixo

que nem xixi e cocô, então vai para o lixo. Eu já pensei que talvez seria o certo descartar em algum lugar, mas acho que é isso (Participante L).

A Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA – RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004, dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, e define como geradores desses resíduos, todos os serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, incluindo os serviços de assistência domiciliar e trabalhos de campo. Cabe aos serviços e aos responsáveis pela assistência domiciliar, o gerenciamento dos resíduos de forma apropriada, a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, um encaminhamento seguro dos resíduos, preservando a saúde pública, os recursos naturais e o meio ambiente. Conforme a RDC, a placenta se enquadra como um resíduo do grupo A5, que corresponde à órgãos, tecidos, fluidos orgânicos e materiais perfurocortantes, é possível a presença de agentes biológicos que podem apresentar um risco de infecção. Os resíduos considerados como grupo A5, devem sempre ser encaminhados para algum serviço que conte com o sistema de incineração, devendo ser acondicionados de maneira adequada, e no caso da assistência domiciliar, deve ser recolhido pelos próprios agentes do atendimento (BRASIL, 2004). Um documento elaborado pelas associações de classe ABENFO-SP e AO-USP (2015), recomenda que a placenta deve ser descartada de maneira segura e respeitando as normas de biossegurança.

No que diz respeito ao descarte de perfurocortantes, algumas parteiras têm uma maior facilidade em encaminhar esse material para o destino correto, por meio de coleta de lixo hospitalar em seus próprios consultórios. Entretanto, uma parte das parteiras contam com o auxílio e a boa vontade de conhecidos, que são vinculados à alguma instituição de saúde e acabam encaminhando os perfurocortantes para serem desprezados juntos com os resíduos da instituição.

[...] perfurocortante a gente consegue descartar tudo pelo nosso consultório mesmo (Participante D).

[...] a gente tem no consultório a coleta de lixo hospitalar, então reunimos os perfuros numa caixa coletora e enviamos para lá (Participante H).

[...]os perfurocortantes a gente leva uma caixa apropriada para a casa e depois descarta no nosso consultório, que conta com coleta de lixo hospitalar (Participante E).

[...] perfurocortantes é mais fácil para gente conseguir descartar no lixo hospitalar. Temos uma conhecida nossa que é dentista e que descarta para gente junto com os perfuros dela. É importante ter essas conversas para que exista uma aproximação com a secretaria de saúde, e que a gente possa chegar em algum

acordo né, de que a própria rede possa recolher esse lixo biológico (Participante B).

[...] perfurocortante a gente armazena em uma caixa rígida de plástico, e minha parceira leva para descartar tudo no hospital, tem essa facilidade, porque ela trabalha lá (Participante C).

[...] nosso esquema para desprezar o perfuro, são amigos que trabalham em unidades de saúde e descarta para gente (Participante F).

[...] perfuro a gente faz meio tupiniquim, a gente coloca numa garrafinha e depois leva para descartar num caixa apropriada de perfuro, dentro do Centro de Saúde, temos uma amiga que trabalha lá e que leva para gente (Participante J).

Essa questão do descarte da placenta e de perfurocortantes é visto como um grande desafio para as parteiras. Mesmo com o crescimento do incentivo ao parto domiciliar no Brasil, as parteiras ainda esbarram em algumas questões operacionais, as vezes por falta de conhecimento da parteira e as vezes pela falta de políticas e diretrizes que regulamentem e organizem essa assistência domiciliar, garantindo um fluxo operacional para as questões como o descarte de material biológico adequado, o encaminhamento do bebê para o seguimento das triagens neonatais, a compra de materiais e medicamentos que podem ser utilizados pela parteira na assistência obstétrica e domiciliar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa revelou as ações de cuidado que as parteiras prestam na assistência ao período puerperal de um parto domiciliar planejado, bem como, os cuidados realizados durante o pré-natal e o parto. O cuidado pode ser interpretado como alguma ação realizada por meio da atenção, simpatia e preocupação com alguém, transmite também a ideia de amor, carinho e dedicação, sendo assim, o ato de cuidar envolve preocupação e interesse pelo bem estar do próximo (NASCIMENTO, et al. 2006). Consideramos que o cuidado faz parte da essência do ser humano, e no puerpério, a mulher deve receber esses cuidados de seus familiares e de suas parteiras. Dessa maneira, a mulher cuidada ficará confortável em fornecer o cuidado para seu bebê.

A Organização Mundial da Saúde recomenda que o melhor ambiente para o parto, é aquele em que a mulher se sinta segura, podendo ser o hospital ou próprio domicílio. O parto domiciliar pode ser atendido por enfermeira obstetra e obstetriz, recomenda-se que essas estejam qualificadas para detectarem distócias obstétricas e atuarem em situações de emergências obstétricas e neonatais.

Essa pesquisa revelou algumas motivações que levaram as parteiras a atender o parto domiciliar planejado. Identificamos as seguintes motivações: a insatisfação profissional, causada pelas experiências vivenciadas no ambiente hospitalar; a busca de autonomia profissional; a vocação que sentiram após a vivência de seus próprios partos e o convívio prévio com profissionais que atuavam na atenção domiciliar. As parteiras são profissionais autônomas e são responsáveis legais pela assistência que prestam durante todo o ciclo gravídico puerperal. O atendimento domiciliar estimula uma nova postura profissional, que exige muita competência técnica, sensibilidade, coragem e conhecimento teórico-prático à luz das evidências científicas.

O parto domiciliar deve ser planejado, assim, a maioria das parteiras começam o acompanhamento do casal desde o pré-natal, quando é realizada uma primeira consulta para avaliar a elegibilidade desse casal para o parto domiciliar, expondo também, todos os riscos e benefícios desse tipo de assistência. Na assistência domiciliar, o casal é corresponsável junto com a equipe, por toda decisão tomada. Nesse cenário de assistência, o protagonismo da mulher é garantido, sendo que nenhuma decisão deverá ser tomada sem a opinião dela. A criação do vínculo foi apontado pelas parteiras como um elemento importante para o bom andamento da assistência obstétrica, sendo assim, a consulta de pré-natal é uma grande aliada na criação desse vínculo e na preparação dessa mulher para o parto e o puerpério, devendo ser conduzida de maneira ampliada, ultrapassando as questões biomédicas e alcançando a singularidade de cada

mulher, promovendo uma atenção voltada às questões emocionais dessa gestante, aos cuidados do corpo, da mente, da espiritualidade e da sexualidade, abrangendo todo o contexto da mulher e seus familiares.

Quando a gestante alcança 37 semanas de gestação, as parteiras realizam visitas domiciliares e planejam junto com a família as questões do parto domiciliar, algumas questões planejadas são: a disposição dos materiais na casa, alimentação que deverá ser preparada para essa mulher, alguns costumes da casa e o trajeto da casa até o hospital eleito como retaguarda. A partir desse momento, as parteiras ficam à disposição da mulher e facilitam a comunicação por meio de telefone e redes sociais. Para a assistência ao parto propriamente dita, é imprescindível a presença de duas parteiras, garantindo assim, uma assistência direta à mulher e ao bebê que vai chegar.

Notou-se que o cuidado prestado no trabalho de parto, consiste em avaliar a vitalidade fetal e as condições maternas; promover ações que facilitem a fisiologia do parto e nascimento; realizar o exame físico obstétrico; avaliar de maneira intermitente o batimento cardíaco fetal; realizar a dinâmica uterina e verificar os sinais vitais. A habilidade da parteira deve ir além da assistência obstétrica, ela deve ser sensível às necessidades da mulher e deve apenas assistir, e não realizar o parto. A presença da parteira se faz necessária para diagnosticar alguma condição de distócia e tomar decisões para corrigir essas situações, devendo permanecer invisível durante toda a sua assistência.

O trabalho da parteira não termina quando nasce o bebê, a assistência de qualidade ao puerpério é tão importante quanto a assistência de pré-natal e intraparto. O puerpério é considerado pela literatura como a fase mais difícil e solitária do ciclo gravídico puerperal, é comum as mulheres que escolheram o hospital como local de nascimento, conviver em seu puerpério com a falta de cuidado, de orientações e de assistência. Surgiu assim a necessidade de realizar esse estudo, a fim de compreender e identificar as ações que as parteiras realizam no cuidado puerperal do parto domiciliar.

Mediante os resultados obtidos, pudemos observar que a mulher que escolhe parir em casa, está mais preparada e informada, e esse empoderamento influencia diretamente na vivência do puerpério, facilitando assim, a comunicação entre puérpera e parteira. Pode-se perceber uma preocupação, por parte das parteiras, em abordar as questões relacionadas ao puerpério desde as consultas de pré-natal. Questões como o preparo emocional da mulher e da família para o período puerperal, aleitamento materno, cuidados gerais do puerpério e cuidados com o bebê, são temas abordados pelas parteiras. Notou-se também a dificuldade de algumas parteiras em transmitirem essas informações para a mulher durante a gestação, isso se deu pelo

fato das mulheres estarem mais preocupadas com a gestação e com o parto, do que com a próxima fase que vivenciará.

No que diz respeito ao cuidado no terceiro e quarto períodos do parto, as parteiras atuam de uma maneira recomendada pelos órgãos nacionais e internacionais, entretanto, notou-se uma certa diferença nessa atuação. Não existe um modelo padrão de cuidado, por parte das parteiras, na frequência da verificação da involução uterina, sinais vitais e tempo de espera para a dequitação placentária. Essa falta de consenso pode ser uma característica da assistência individualizada, contudo, pode ser considerada também, como um ponto preocupante em relação ao cuidado no período puerperal.

Conforme os dados obtidos, as parteiras consideraram que auxiliar a mulher tomar banho, preparar o alimento para ela comer, realizar alguns cuidados com o bebê e organizar a casa após o parto, são cuidados individualizados prestados no puerpério de um parto domiciliar, diferente da assistência hospitalar, que a mulher fica desamparada e sem auxílio para realizar algumas atividades. Esse cuidado individualizado se torna um facilitador para o início da recuperação da mulher após o parto. Pudemos conhecer também alguns costumes das parteiras no cuidado com o períneo, foi unânime o relato sobre a utilização de um absorvente perineal com chá de ervas congelado, o qual as mulheres usam após o parto, empiricamente para auxiliar na redução da dor e na cicatrização.

A assistência destinada ao bebê também foi considerada como um cuidado prestado pelas parteiras nesse período puerperal, percebeu-se diante dos resultados obtidos que os principais cuidados com o bebê foram: a avaliação da vitalidade realizada ao nascer; o exame físico; as orientações quanto aleitamento materno; os cuidados gerais como antropometria e realização de profilaxias e o encaminhamento nos primeiros dias para as triagens neonatais e vacinação. Quanto a profilaxia da doença hemorrágica do recém-nascido e a profilaxia da oftalmia neonatal, as parteiras relataram que são responsáveis por fornecer informações ao casal de maneira verdadeira, atualizada e baseada em evidências científicas, e cabe ao casal, a escolha das melhores opções, considerando suas crenças, cultura e desejos. Dessa maneira o casal tem a responsabilidade compartilhada pela assistência planejada e prestada.

As parteiras participantes dessa pesquisa apontaram diversas dificuldades operacionais, sendo as mais relevantes: o acompanhamento pleno do pré-natal por parte apenas da parteira; as dificuldades em solicitar exames laboratoriais e de imagem que sejam liberados pelos planos de saúde; o processo de aquisição e emissão da DNV, que muitas vezes é dificultada por parte das Secretarias Municipais de Saúde; o processo de encaminhamento do recém-nascido para as triagens neonatais e o descarte apropriado da placenta e dos perfurocortantes.

O acompanhamento das parteiras após o parto foi relatado por todas as participantes, não houve um consenso quanto ao número de consultas que realizam e o conteúdo abordado nessas visitas, sendo que de maneira individualizada, as parteiras ficam à disposição para realizarem consultas extras quando necessário. Notou-se também, que algumas parteiras não seguem a recomendação da OMS em realizar no mínimo 4 consultas de puerpério. Conforme os dados obtidos, essas consultas têm como objetivo: a avaliação clínica da mãe e do bebê; orientações quanto alimentação, higiene, cuidados com o bebê, aleitamento materno, banho de sol, higiene do coto umbilical e a realização do primeiro banho do bebê; entrega de documentos para o registro do bebê e encaminhamentos para as triagens; avaliação das mamas, apoio e da questão emocional da mulher; orientações acerca o planejamento familiar e sexualidade do casal.

Compreendemos que a assistência preconizada pelas parteiras no cenário do domicílio, considera as opiniões e os desejos maternos durante todo o processo do ciclo gravídico puerperal, o planejamento direto dessa assistência conta com a individualização de cada mulher, considerando também a sua família. As parteiras se tornam responsáveis em orientar quanto os riscos e benefícios de cada conduta ou procedimento que será, ou não, realizado em qualquer período do parto. Garantido a participação da mulher no planejamento da assistência e atendendo seus desejos, desde que, esses não coloquem em risco a sua saúde e nem a de seu filho.

Com base nos resultados, podemos afirmar que existe uma dificuldade das parteiras em abordar as questões emocionais e sexuais da mulher no puerpério. Interpretamos essa dificuldade, como consequência da falta de experiência em lidar com essas questões, provocadas talvez, pela formação acadêmica obstétrica, que é claramente mais voltada para o modelo biomédico do que para o modelo humanístico.

Dessa maneira, podemos inferir que a assistência puerperal prestada pelas parteiras é mais completa e individualizada do que a assistência puerperal que a mulher recebe após um parto hospitalar, entretanto, se faz necessário, a melhora na qualidade da abordagem emocional e pessoal dessa mulher no período puerperal. Os resultados evidenciaram que as parteiras enfatizam mais os cuidados clínicos biomédicos do que os cuidados emocionais e humanísticos. Sendo assim, é fundamental apontar que a assistência prestada pelas parteiras no período puerperal de um parto domiciliar, deve ser ampliada para uma abordagem integral e individualizada, que se aproxime ainda mais das questões emocionais, sociais, culturais e pessoais de cada mulher.

A ampliação do cuidado da parteira sobre as questões do puerpério, contribuirá para uma assistência mais integral e individualizada do parto domiciliar, alcançando assim a subjetividade de cada mulher e difundindo ainda mais as particularidades da assistência domiciliar. Consideramos ainda, que é real a necessidade das Políticas de Saúde e das Secretarias de Saúde, incluírem e considerarem a realidade do parto domiciliar planejado como opção para as mulheres, mesmo que ainda em nosso país, seja uma realidade da iniciativa privada. As parteiras esbarram em questões operacionais, como descarte de material e resíduo biológico, compra de materiais e medicamentos, encaminhamento para seguimento do bebê e triagens.

Esperamos que a nossa pesquisa possa contribuir para a melhoria da assistência ao parto domiciliar planejado, em todas as suas fases, desde o pré-natal até o puerpério. Compreendemos que uma série de questões e desafios se fazem presentes nessa modalidade de assistência. Dessa maneira, entendemos que novos estudos poderiam contribuir para um melhor entendimento de como podemos desenvolver tais práticas.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. S.; SILVA, I. A. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 327-354, 2008.
- ALVES, V. H.; ALVES, P. M. S.; PADOIN, S. M. M. A tecnicização e a prática do cuidado ao parto: uma abordagem fenomenológica a partir de Husserl. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 3, 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS (ABENFO); ASSOCIAÇÃO DE ALUNOS EGRESSOS DO CURSO DE OBSTETRÍCIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Termo de Protocolo de Atendimento a Parto Domiciliar no Estado de São Paulo**, 2015. Mimeografado.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Cofen**, nº 0516. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetiz, 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html - Acesso em 14 jul. 2017
- AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, A. R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 269-276, 2006.
- BARREIRA, S.M.C.; MACHADO, F.A.S. Amamentação: compreendendo a influência do familiar. **Acta Sci Health Sci**, v.1, n.1, p. 11-20, 2004.
- BESSA, L. F.; FERREIRA, S. L. **Mulheres e parteiras**: contribuição ao estudo do trabalho feminino em contexto domiciliar rural. Salvador: GRAFUFBA, 1999.
- BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm. Acesso em: 10 mai 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portarias 2815 e 2.816, de 29 de maio de 1998. Institui o procedimento de parto normal realizado pelo Enfermeiro Obstetra no Sistema Único de Saúde e critérios para o pagamento do percentual máximo de cesárea, em relação ao total de partos por hospital. **Diário Oficial** da República Federativa do Brasil. Poder Executivo, Brasília, DF, 02 de junho de 1998, seção I, p.47-48.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 985 de agosto de 1999**. Cria o Centro de Parto Normal - CPN no âmbito do Sistema Único de Saúde, Brasília, DF, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, Aborto e Puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília - DF, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva da Saúde. Programa Humanização do Parto. **Humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília – DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: documento para discussão. HumanizaSUS. Brasília – DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html. Acesso em 07 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica da Saúde da Mulher. **Manual técnico pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília - DF, 2006.

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. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html. Acesso em 03 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. Brasília – DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**: cadernos de atenção básica. Brasília – DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Especializada. **Diretrizes de atenção da triagem neonatal**. Brasília – DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde, intervenções comuns, icterícia e infecções. vol. 2. 2. ed. Brasília – DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. **Humanização do parto e nascimento**. Cadernos HumanizaSUS, v.4. Brasília – DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Nota técnica nº 16/2014**. Normatização técnica para capacitação de profissionais médicos e de enfermagem em reanimação neonatal para atenção ao recém-nascido no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde no âmbito do SUS. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2014/08/PortariaMS371-NotaTecnica_SAS16-em-10junho2014-Atendimento-RN-ao-nascimento.pdf. Acesso em: 05 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 371 de 07 de maio de 2014**. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html. Acesso em: 01 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretriz nacional de assistência ao parto normal**: relatório de recomendação. Brasília, DF: Conitec, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Triagem neonatal biológica**: manual técnico. Brasília – DF, 2016 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Especializada. **Diretrizes de atenção à saúde ocular na infância**: detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais. 2. ed. Brasília – DF, 2016 c.

CASSIANI, S. H. B.; CALIRI, M. H. L.; PELÁ, N. T. R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Rev. Latino-am enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 75-88, 1996.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre, RS: Artmed, 2009.

CHAVES, et al. Avaliação da atividade angiogênica da solução aquosa do barbatimão (*Stryphnodendron adstringens*). **Rev. Bras. Pl. Med.**, v. 18, n. 2, p. 524-530, 2016.

CHEYNEY, M.; BOVBJERG, M.; EVERSON, C.; GORDON, W.; HANNIBAL, D.; VEDAM, S. 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 Midwifery Womens Health**, New York, v. 59, p. 17–27, 2014.

COLACIOPPO, P. M.; KOIFFMAN, M. D.; RIESCO, M. L. G.; SCHNECK, C. A.; OSAVA, R. H. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Rev. de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 3, n. 2, p. 81-90, 2010.

COLLAÇO, V. S. Autonomia profissional na atenção ao parto e nascimento: espaço físico e político da enfermeira obstetra e obstetrizes: experiência da equipe Hanami: o florescer da vida: parto domiciliar planejado. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL: Qualificação da Atenção e dos Recursos Humanos de Enfermagem em Saúde da Mulher e do Recém-nascido, 6, 2009, Teresina. **Anais...** Teresina, 2009. p. 1-8.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Decreto Regulamentador** nº 94.406/1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html. Acesso em 08 set 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Cofen**, nº 0516/2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html - Acesso em 14 jul. 2017

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN). **Parecer Coren-SP**, nº 012. Parto Domiciliar, 2011. Disponível em: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2011_12.pdf. Acesso em: 21 jul. 2017.

CORNELISSEN, M.; VON KRIES, R.; LOUGHNAN, P.; SCHUBIGER, G. Prevention of vitamin K deficiency bleeding: efficacy of different multiple oral dose schedules of vitamin K. **Eur J Pediatr**, v. 156, n. 2, p. 126-130, 1997.

CRIZOSTOMO, C. D.; NERY, I. S.; LUZ, M. H. B. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. **Esc Anna Nery R Enferm**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 98-104, 2007.

DANTAS, C. C.; LEITE, J. L.; LIMA, S. B. S.; STIPP, M. A. C. Teoria Fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, 2009.

DARLING, E. K.; MCDONALD, H. A meta-analysis of the efficacy of ocular prophylactic agents used for the precenton of gonococcal and chlamydial ophthalmia neonatorum. **J Midwifery Womens Health**, v. 55, p. 319-327, 2010.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic and holistic paradims of childbirth. **International J Gynecol & Obst**, v. 75, p. 5-23, 2001.

FAUCON, C.; BRILLAC, T. Planned home versus planned hospital births: Adverse outcomes comparison by reviewing the international literature. **Gynécologie Obstétrique & Fertilité**, Paris, v. 41, p.388–393, 2013.

FÉLIX, P. Ingerir placenta ganha adeptas. **O estado**, São Paulo, 15 set. 2016. Disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ingerir-placenta-ganhaadeptas,10000076093>. Acesso em: 25 ago. 2017.

FEYER, I. S. S. **Rituais de cuidado das famílias no parto domiciliar em Florianópolis-SC**. 2012. 251 p. Dissertação (Mestrado em Filosofia, Saúde e Sociedade) – Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

FRANK; T. C.; PELLOSO, S. M. A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 22-29, 2013.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, 2008.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. Cap.4, p.79-108.

GONÇALVES, L.; FERIGATO, S.; SOUZA, T. P.; CUNHA, G. T. Parto domiciliar como um dispositivo de humanização das práticas de saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do Parto e Nascimento**. Cadernos HumanizaSUS, v. 4. Brasília-DF, p.232-254, 2014.

GRYDER, L. K.; YOUNG, S. M.; ZAVA, D.; NORRIS, W.; CROSS, C. L.; BENYSHEK, D. C. Effects of human maternal placentophagy on maternal postpartum iron status: a randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. **J midwifery womens health**, v. 62, n. 1, p. 68-79, 2017.

GUTMAN, L. **A maternidade e o encontro com a própria sombra**. Trad. Luis Carlos Cabral. 6.ed. Rio de Janeiro: BestSeller, 2014.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO). Recommendations accepted by the General Assembly at the XIII World Congress of Gynecology and Obstetrics. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 38, p.79-80, 1992. Disponível em: <<http://goo.gl/hony85>>

JANSSEN, P. A.; SAXELL, L.; PAGE, L. A.; KLEIN, M. C.; LISTON, R. M.; LEE, S. K. Outcomes of planned home birth with midwife or physician. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 181, n. 6-7, p. 377-383, 2009.

JONES, R. **Memórias do homem de vidro: reminiscências de um obstetra humanista**. 4. ed. Porto Alegre: Ideias a Granel, 2012.

JONES, R. Entre as orelhas: histórias de parto. Porto Alegre: Ideias a Granel, 2012b.

KALINOWSKI, L. C. **Vivência do cuidado pela puérpera primípara no contexto domiciliar: olhar da enfermeira**. 2011. 141 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

KOETTKER; J. G.; BRÜGGMANN, O. M.; DUFLOTH, R. M. Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n.1, p.15-21, 2013.

KOETTKER; J. G.; BRÜGGMANN, O. M.; DUFLOTH, R. M.; KNOBEL, R.; MONTICELLI, M. Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 747-50, 2012.

KRUNO, R. B. **Parto domiciliar na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização**. 2004. 106f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

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

LEAL, M. C. P. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, 2014.

LESSA, H. F. **A saúde da mulher e a opção pelo parto domiciliar planejado**. 2012. 165f. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2012.

LESSA, H. F.; TYRRELL, M. A. R.; ALVES, V. H.; RODRIGUES, D. P. 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, jul-set, 2014.

LIMA, J. B. Práticas obstétricas para maternidade segura: guia da OMS. In: Ministério da Saúde/Secretaria Estadual de Saúde/Missão Japonesa no Ceará. **Relatório da Conferência Nacional sobre Organização de Serviços para Maternidade Segura à Luz da Humanização-Projeto Luz**. Fortaleza – CE. Ago. p. 70-76, 1998.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

MAZZO, M. H. S. N.; BRITO, R. S.; SANTOS, F. A. P. S. Atividades do enfermeiro durante a visita domiciliar pós-parto. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 663-667, 2014.

MCINTYRE, M. J. 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, may, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22624633>

MCMILLAN, D. Routine administration of vitamin K to newborns: a joint position statement with the College of Family Physicians of Canada. **Paediatr Child Health**, v. 2, n. 6, p. 429-431, 1997.

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

MELLO, A. L.F.; ERDMANN, A. L. Investigando o cuidado à saúde bucal de idosos utilizando a teoria fundamentada nos dados. **Rev. Latino-am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 922-928, 2007.

MENEZES, P. F. A.; PORTELLA, S. D. C.; BISPO, T. C. F. A situação do parto domiciliar no Brasil. **Rev. Enf. Contemporânea**, Salvador, v. 1, n. 1, p. 3-43, dez, 2012.

MERIGHI, M. A. B.; GONÇALVES, R.; RODRIGUES, I. G. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 775-779, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINATEL, D. G. et al. Estudo clínico para validação da eficácia de pomada contendo barbatimão (*Stryphnodendron adstringens* (Mart.) Coville) na cicatrização de úlceras de decúbito. **Rev. Brasileira de Medicina**, v. 67, n. 7, 2010.

MONTICELLI, M.; ELSSEN, I. A cultura como obstáculo: percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 26-34, 2006.

MOREIRA, P. L.; DUPAS, G. Significado de saúde e de doença na percepção da criança. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 11, p. 757-762, 2003.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A Institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.651–657, 2005.

NAKANO, A. M. S. **As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”**. 2003. 145 f. Tese (Livre-Docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

NAKANO, A. M. S.; et al. O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 15, p. 230-238, 2007.

NASCIMENTO, K.C. et al. Conceitos de cuidado sob a perspectiva de mestrandas de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n.3, p.386-397, 2006.

NCCWCH – NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN’S AND CHILDREN’S HEALTH. **Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth**. London: RCOG Press. 839 p, Dec. 2014.

NICO, L. S. *et al.* A grounded theory como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.3, p. 789-797, 2007.

ODENT, M. **O renascimento do parto**. Tradução de Roland B. Calheiros. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

ODENT, M. **Pode a humanidade sobreviver à medicina**. Tradução de Laura Uplinger, Izabel Aleixo. Rio de Janeiro: Instituto Michel Odent, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático**. Relatório de um grupo técnico. Genebra – Suíça, 1996.

OSAVA, R. H. **Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico**. 1997. 129 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

OSAVA, R. H.; TANAKA, A. C. D´A. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo v.31, n. 1, p. 96-108, abr., 1997.

OSAVA, R. H. Autonomia na atenção ao parto e nascimento: espaço físico e político do enfermeiro obstetra e obstetriz. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL: Qualificação da Atenção e dos Recursos Humanos de Enfermagem em Saúde da Mulher e do Recém-nascido, 6, 2009, Teresina. **Anais...** Teresina, 2009. p. 1-9.

PARENTE, L. M. L. Efeito cicatrizante e atividade antibacteriana da *Calendula officinalis* L. cultivada no Brasil. **Rev. Bras. Pl. Med**, Campinas, v. 11, n. 4, p. 383-391, 2009.

PELUSO, E. T. P.; BARUZZI, M.; BLAY, S. L. A experiência de usuários do serviço público em psicoterapia de grupo: estudo qualitativo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 4, n. 35, p. 341-348, 2001.

PENNA, L. H. G.; CARINHANHA, J. I.; RODRIGUES, R. F. A mulher no pós-parto domiciliar: uma investigação sobre essa vivência. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 448-455, 2006.

PRATA, J. A.; PROGIANTI, J. M.; DAVID, H. S. L. A reestruturação produtiva na área da saúde e da enfermagem obstétrica. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p.1123-1129, 2014.

PROGIANTI, J. M.; BARREIRA, I. A. A obstetrícia do saber feminino à medicalização: da época medieval ao século XX. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 91-97, jan./abr. 2001.

PROGIANTI, J.; GOMEZ, L.; LESSA, H.; LUDUVICE, M.; VARGENS, O. Assistência ao Parto Humanizado. **Rev. Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, ano 8, n. 46, p 6-8, julho-agosto, 2008.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Editora Atlas, 1987.

REIS, P. E. D.; CARVALHO, E. C.; BUENO, P. C. P.; BASTOS, J. K. Aplicação clínica da *Chamomilla recutita* em flebites: estudo de curva dose-resposta. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p.1-8, 2011.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

RISCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A. Formação profissional de obstetrizes e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 449-459, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 13 jul. 2017.

RIESCO, M. L. G.; FONSECA, R. M. G. S. Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 685-698, mai-jun, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v18n3/9296.pdf>. Acesso em 13 jul. 2017.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLISTS AND ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. **Home Births**, p.1-6, 2007. Disponível em: <http://goo.gl/YIRZSC>. Acesso em: 07 jul 2016.

RUGOLO, L. M. S. S.; et al. Sentimentos e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário. **Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 4, p. 423-433, 2004.

SAAD, D. E. A; **Autonomia profissional da enfermeira obstétrica**. 2008. 79f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

SANFELICE, C. F. O.; SHIMO, A. K. K. Parto domiciliar: avanço ou retrocesso. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 157-160, 2014.

SANFELICE, C. F. O.; ABBUD, F. S. F.; PREGNOLATTO, O. S.; SILVA, M. G.; SHIMO, A. K. K. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 2, p. 362-370, 2014.

SANTOS, F. A. P. S. **Vivência de mulheres no puerpério**: significado atribuído à revisão pós-parto. 2010. 89f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

SANTOS, F. A. P. S. **Autonomia do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de risco habitual**. 2016. 148f. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

SEIBERT, S. L. **Tecnologias não-invasivas do cuidado de Enfermagem Obstétrica no suporte físico à parturiente**: critérios e efeitos esperados. 2010. 182f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

SELANDER, J.; CANTOR, A.; YOUNG, S. M.; BENYSHEK, D. C. Human maternal placetophagy: a survey of self-reported motivations and experiences associated with placenta consumption. **Ecol food nutr.** v, 52, n. 2, p. 93- 115, 2013.

SOUZA, H. R. **A arte de nascer em casa**: um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo. 2005. 156f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

SNOWDEN, J. M.; et al. Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. **N Engl J Med**, Boston, v. 373, p. 2642-53, 2015.

STEFANELLO, J. **A vivência do cuidado no puerpério**: as mulheres construindo-se como mães. 2005. 135f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

STEFANELLO, J.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F.A. Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v.21, n. 2, p. 275-281, 2008.

STRAPASSON, M.R.; NEDEL, M.N.B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.31, n.3, p. 521-528, 2010.

STRAUSS, A. CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2 ed. São Paulo: Editora Artmed, 2008.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Graduação em obstetrícia forma para uma visão mais ampla da saúde da mulher**. 08 mai. 2013. Disponível em: <http://www5.usp.br/26660/graduacao-em-obstetricia-forma-para-uma-visao-ampla-da-saude-da-mulher/> - Acesso em 14 jul. 2017

VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem. **Rev. Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 46-50, 2004.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Postnatal care for mothers and newborns: highlights from the World Health Organization 2013 Guidelines**. Genebra - Suíça, 2015.

WOLFF, L. R.; MOURA, M. A. V. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 279-285, ago. 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nº _____

Data ____/____/____

Dados Sócio demográficos e Profissionais

Nome (Iniciais): _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: ☐ Feminino ☐ MasculinoEstado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ União Estável ☐ Outros: _____

Nº de Filhos: _____ Tipo de Parto: _____

Local do parto: _____

Cidade que reside: _____ Estado: _____

Formação Acadêmica: ☐ Enfermeira ☐ Obstetriz Ano de Conclusão: _____

Instituição Formadora: _____

Pós-Graduação: ☐ Especialização Enfermagem Obstétrica Ano de Conclusão: _____☐ Mestrado Ano de Conclusão: _____☐ Doutorado Ano de Conclusão: _____

Outros cursos: _____

Vínculo Empregatício (Além do Atendimento ao PD): ☐ SIM ☐ NÃO

Instituição: _____ Carga horária semanal: _____

Pública: ☐ SIM ☐ NÃO Tempo de emprego: _____

Cargo: _____ Setor: _____

Trabalho prévio: ☐ SIM ☐ NÃO Cargo: _____ Tempo: _____Pública: ☐ SIM ☐ NÃO Setor: _____

Renda salarial mensal: _____

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1 – Me conte como você começou a atender partos domiciliares? (Ano que iniciou atendimento domiciliar ao parto; motivo do início, etc)

2- Me conte como é o atendimento oferecido? (A equipe que você participa é formada por quantos profissionais? Quais profissionais? Existe um espaço físico que vocês atendem? Como é feita a divulgação do serviço de vocês? Quais instrumentos compõe o prontuário da equipe? Quais serviços são oferecidos a mulher/família?)

3 - Me fale sobre a assistência que você presta no período puerperal de um parto domiciliar (As questões do puerpério são abordadas nas consultas prévias ao parto? Após o parto, qual o período de permanência da equipe no domicílio da puérpera? Quais os cuidados maternos realizados no puerpério imediato? São realizadas visitas no pós-parto? Quantas visitas são realizadas após o parto? O que é abordado nessas visitas? Como os procedimentos burocráticos (declaração de nascimento, referências, coleta de exames) são realizados após o parto?)

APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da Pesquisa: “A assistência puerperal prestada pelas enfermeiras obstetras e/ou obstetrias que realizam o parto domiciliar planejado no estado de São Paulo”.

Pesquisadora: Mariana Vitor Peppe

Informações sobre a Pesquisa:

Gostaria de convidá-la a participar de uma pesquisa que estou realizando. Antes de você aceitar a participar desta pesquisa é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento, as suas dúvidas devem ser respondidas antes que você decida participar voluntariamente desta pesquisa. A intenção dessa pesquisa é compreender como é prestado o cuidado no período puerperal do parto domiciliar planejado, podendo assim estabelecer novas formas de cuidado, bem como, auxiliar na criação de protocolos ou guias para o cuidado puerperal do parto domiciliar planejado. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem proporcionar benefício direto à você, mas indiretamente, com a sua participação, poderemos trazer mais respaldo científico para a prática do parto domiciliar planejado. Você não terá nenhum custo para participar da pesquisa, mas também não receberá nenhuma verba para participar dela. A sua participação compreende em participar de uma entrevista, compartilhando as experiências de assistência prestada no atendimento puerperal do parto domiciliar planejado, realizarei algumas perguntas e essas perguntas servem para dar direção a nossa conversa. A conversa será realizada por Skype, em data e hora previamente agendada conforme a sua disponibilidade, também será gravada, e transcrita, ou seja, vou ouvi-la e digitá-la transformando-a em um texto; além disso, vou pedir para você responder um questionário sócio demográfico. Você não será identificada em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma (congressos, artigos científicos, etc.). A duração da nossa entrevista dependerá do decorrer da nossa conversa, pois poderá falar livremente, mas acreditamos que não ultrapassará uma hora. Essa conversa poderá causar algum desconforto dependendo de como você esteja no dia, mas você poderá pedir para parar a conversa ou se retirar da pesquisa sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Você pode entrar em contato comigo em qualquer momento que desejar. Você poderá desistir de participar quando quiser, sem problema algum. Terá a garantia de receber respostas a qualquer pergunta sobre este trabalho em qualquer momento.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, que tem a função de proteger eticamente o participante da pesquisa. Em caso de danos relacionados à participação na pesquisa, você terá direito a indenização conforme as leis vigentes no país.

No início da nossa entrevista realizaremos a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, então, você decide se participará ou não da pesquisa. Caso aceite, terá que dizer: “Eu, _____ RG _____, após receber estas informações e sabendo dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa”. Esse momento será gravado, e substituirá a assinatura do termo. Uma via deste Termo será enviada a participante.

Contatos: Mariana Vitor Peppe, 16-98179-9012 e-mail: marianapeppe@hotmail.com, Endereço: Avenida dos Bandeirantes 3900, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP. CEP: 14040-920 Ribeirão Preto SP. Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto pelo telefone: 16 3315-3386 de segunda a sexta-feira, das 8 às 17h.

Mariana Vitor Peppe

Profa. Dra. Juliana Stefanello

Ribeirão Preto, ____/____/____

ANEXOS

ANEXO 1

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 155/2015, de 20.10.2015

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), em sua 200ª Reunião Ordinária, realizada em 07 de outubro de 2015.

Protocolo CAAE: 48602715.3.0000.5393

Projeto: A assistência puerperal prestada pelas enfermeiras obstetras e/ou obstetrizes que realizam o parto domiciliar planejado no Brasil

Pesquisadores: Mariana Vitor Peppe
Juliana Stefanello (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Claudia Benedita dos Santos

Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Juliana Stefanello

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP