



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CAROLINA MARÓSTICA ANGOLERI

**CARACTERIZAÇÃO DE PARTOS DOMICILIARES PLANEJADOS
VIVENCIADOS NO OESTE CATARINENSE**

CHAPECÓ

2021

CAROLINA MARÓSTICA ANGOLERI

**CARACTERIZAÇÃO DE PARTOS DOMICILIARES PLANEJADOS
VIVENCIADOS NO OESTE CATARINENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação
apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito
para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Joice Moreira Schmalfuss

CHAPECÓ

2021

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Angoleri, Carolina Maróstica
Caracterização de Partos Domiciliares Planejados
Vivenciados no Oeste Catarinense / Carolina Maróstica
Angoleri. -- 2021.
49 f.:il.

Orientador: Professora Doutora Joice Moreira
Schmalfuss

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Bacharelado em Enfermagem, Chapecó, SC, 2021.

I. , Joice Moreira Schmalfuss, orient. II.
Universidade Federal da Fronteira Sul. III. Título.

CAROLINA MARÓSTICA ANGOLERI

**CARACTERIZAÇÃO DE PARTOS DOMICILIARES PLANEJADOS
VIVENCIADOS NO OESTE CATARINENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação
apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito
para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca em: 27/04/2021

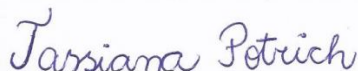
BANCA EXAMINADORA



Presidente da banca – Prof.^a Dr.^a Joice Moreira Schmalfluss (UFFS)
Orientadora



Membro titular – Prof.^a Dr.^a Máira Rossetto (UFFS)
Avaliadora



Membro titular – Prof.^a Dr.^a Tassiana Potrich (UFFS)
Avaliadora

Dedico este trabalho a minha mãe, por ter me dado a vida, por ser um exemplo de mulher batalhadora e guerreira, pela preocupação, pelo companheirismo e pelo amor incondicional.

A todos os meus familiares e ao Lucas que, de uma forma ou outra, me auxiliaram nesta trajetória mostrando que, mesmo com dificuldades, tudo é possível para quem crê.

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho representa um ciclo que se finda e, ao levantar a cabeça e ver tudo que foi vivido ao longo de toda a graduação, vejo os muitos desafios e obstáculos enfrentados e superados. É claro que tive o auxílio de muitas pessoas especiais na minha vida, pessoas que me apoiaram e que abdicaram do seu tempo com um único objetivo: que eu me tornasse uma enfermeira.

Começo agradecendo, primeiramente, a Deus por me agraciar com todas as suas bênçãos. Agradeço à família maravilhosa que tenho e que nunca me desamparou, mesmo quando as vontades de desistir eram grandes.

Agradeço a minha mãe Carmem, por toda sua dedicação, por abdicar de seu tempo e de si mesma para me incentivar e apoiar, pelas frases de aconchego e de amor ao fim de cada dia, por enxugar minhas lágrimas quando o desespero batia forte, por compreender minha ausência para que nosso sonho seja concluído com sucesso, pelo incentivo financeiro e pelo suporte emocional durante toda minha jornada acadêmica.

À minha família de uma forma geral, tias, tios, primos, avós, madrinha, padrinho e ao meu namorado, por dedicarem seu tempo em me levar e me buscar nos dias de estágio durante toda a graduação, por se preocuparem com meu bem-estar, por serem uma base de socorro quando eu mais precisava.

Agradeço à toda equipe Med por me apoiar e acreditar no meu potencial. As minhas colegas de graduação, pela parceria, pelas risadas, pelos choros, por compartilharem comigo momentos de angústia e aflição, pelo apoio e por comemorarem comigo minhas conquistas.

Gratidão a minha orientadora, professora Joice Moreira Schmalfluss, pela oportunidade em aprender com seus ensinamentos, pela paciência e pela dedicação nas orientações. Sou muito grata por ser sua orientanda, você é uma inspiração para mim!

Por fim, agradeço a todos que direta e/ou indiretamente fizeram parte desta trajetória e do caminho percorrido. Serei eternamente grata!

Essa conquista é nossa!

RESUMO

O parto normal é o processo mais primitivo da história, sendo considerado, por muito tempo, como um ato totalmente espontâneo e natural. Com o advento da Medicina houve uma mudança dessa concepção e o parto foi transferido para o ambiente hospitalar. Atualmente, vêm-se resgatando o parto no intuito de considerá-lo, novamente, como algo fisiológico e que respeite as escolhas da mulher, favorecendo o processo de parturição e o nascimento do bebê. Diante do exposto, esse estudo objetivou caracterizar os partos domiciliares planejados vivenciados no oeste catarinense em relação ao perfil das mulheres, a partir de informações sobre o pré-natal, o processo de trabalho de parto e parto, o nascimento e o pós-parto imediato. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva, realizada a partir de um macroprojeto intitulado “Motivos e vivências de mulheres que optaram pelo Parto Domiciliar Planejado no oeste catarinense”, desenvolvido em 2016. O estudo ocorreu nos domicílios de mulheres residentes em municípios do oeste de Santa Catarina. Participaram da pesquisa dez mulheres que planejaram e tiveram seus partos realizados no domicílio. A produção de dados ocorreu entre os meses de setembro e novembro de 2016, por meio de entrevistas semiestruturadas audiogravadas. Outros dados foram colhidos da caderneta de gestante e de registros internos da equipe que prestou assistência às mulheres. Os dados coletados foram analisados de forma descritiva. O estudo respeitou os aspectos éticos e foi aprovado sob parecer número 1.707.590 e CAAE 56837416.7.0000.5564. A descrição dos achados mostrou que as mulheres que optaram por um parto domiciliar planejado no oeste catarinense tinham idade média de 27,6 anos, nove eram casadas e oito possuíam ensino superior completo. A maioria disse acreditar/seguir alguma crença/religião. A renda familiar e condições socioeconômicas da família foi superior ou igual a cinco salários. Foram realizadas cerca de dez consultas durante o acompanhamento pré-natal e metade das entrevistadas era primípara e a outra metade múltípara. Todas experienciaram pela primeira vez o parto domiciliar planejado e, no dia do parto, sete estavam com 40 semanas de gestação completas. Diversas pessoas, além das enfermeiras obstetras, estiveram presentes no cenário de parturição e nascimento e também se observou a presença de animais de estimação. O nascimento do bebê ocorreu em locais variados dos domicílios e, majoritariamente, em posições verticalizadas. De uma forma geral, os bebês nasceram bem, com escores de apgar satisfatórios, não necessitando de manobras de reanimação. O mesmo aconteceu com a dequitação da placenta, onde não foram observadas intercorrências. Duas suturas foram

realizadas, sendo uma a pedido e outra por necessidade por mudança de anatomia. As intercorrências ocorridas foram manejadas pela equipe assistente, no próprio domicílio. A decisão pelo parto domiciliar planejado está aliada à possibilidade de a mulher ser a protagonista da sua história de parto, com livre escolha pela forma como todo o processo ocorrerá. Mas, em virtude de ser ofertado somente em um hospital público brasileiro, ainda não é acessível para muitas mulheres que gostariam desse tipo de assistência na gestação, parto e puerpério.

Palavras-chave: Enfermagem. Enfermagem Obstétrica. Parto domiciliar. Parto vaginal. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Normal childbirth is the most primitive process in history, being considered, for a long time, as a totally spontaneous and natural act. With the advent of Medicine there was a change in this conception and childbirth was transferred to the hospital environment. Currently, childbirth has been rescued in order to consider it, again, as something physiological and that respects the woman's choices, favoring the parturition process and the birth of the baby. Given the above, this study aimed to characterize planned home births experienced in western Santa Catarina in relation to the profile of women, based on information about prenatal care, the process of labor and delivery, birth and immediate postpartum. . This is a qualitative research, of a descriptive type, carried out based on a macroproject entitled “Reasons and experiences of women who chose Home Planned Childbirth in western Santa Catarina”, developed in 2016. The study took place in the homes of resident women in municipalities in the west of Santa Catarina. Ten women participated in the research who planned and delivered at home. Data production took place between the months of September and November 2016, through semi-structured audio-recorded interviews. Other data were collected from the pregnant woman's handbook and internal records of the team that provided assistance to women. The collected data were analyzed descriptively. The study respected ethical aspects and was approved under opinion number 1,707,590 and CAAE 56837416.7.0000.5564. The description of the findings showed that women who opted for a planned home birth in western Santa Catarina had an average age of 27.6 years, nine were married and eight had completed higher education. Most said they believed/followed some belief/religion. The family income and the family's socioeconomic conditions was greater than or equal to five salaries. About ten consultations were carried out during prenatal care and half of the interviewees were primiparous and the other half multiparous. All of them experienced the planned home birth for the first time and, on the day of delivery, seven were 40 weeks pregnant. Several people, in addition to obstetric nurses, were present in the parturition and birth scenario and the presence of pets was also observed. The baby's birth took place in different places in the households and, mostly, in vertical positions. In general, the babies were born well, with satisfactory apgar scores, not requiring resuscitation maneuvers. The same happened with the delivery of the placenta, where no complications were observed. Two sutures were performed, one on request and the other due to changes in anatomy. The complications that occurred were handled by the assistant team at home. The decision for planned home birth is coupled

with the possibility of the woman being the protagonist of her birth history, with free choice for the way the whole process will take place. However, due to being offered only in a Brazilian public hospital, it is still not accessible for many women who would like this type of assistance during pregnancy, childbirth and the puerperium.

Keywords: Nursing. Obstetric Nursing. Home birth. Vaginal delivery. Women's Health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVO	15
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	20
4.1	TIPO DE ESTUDO	20
4.2	LOCAL DE ESTUDO.....	20
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	21
4.4	PRODUÇÃO DE DADOS	21
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	22
4.6	QUESTÕES ÉTICAS.....	22
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
	REFERÊNCIAS	35
	ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	38
	ANEXO B – PARECER CONSUBTANCIADO DO CEP.....	40
	ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	48

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a forma de conceber um novo ser se deu a partir do parto normal vaginal. Com os avanços da tecnologia a cesárea surgiu como uma aliada em algumas gestações, especialmente as de alto risco, evitando casos de mortalidade materna e/ou neonatal. Desde então, o cenário que rodeia o parto vaginal vem sofrendo mudanças a cada pouco (PRATES *et al.*, 2018).

Durante muito tempo, os partos ocorriam predominantemente no domicílio e o processo era encarado com naturalidade pela sociedade em geral. Tal processo consistia em um ritual de passagem de mulheres e de suas famílias, e não um ato médico (PRATES *et al.*, 2018).

Assim, o parto era encarado como um acontecimento social que, na maioria das vezes, representava uma experiência singular e celebrada positivamente na vida da mulher e de seu companheiro, bem como das respectivas famílias. Para muitas pessoas trata-se de uma experiência das mais extraordinárias, sublimes e enriquecedoras para os que dela participam (BÚRIGO, 2013).

Nos dias de hoje, o parto como um evento familiar tem sido uma opção que visa resgatar o protagonismo e a autonomia da mulher, sendo que o domicílio passou a ser considerado novamente como um local para o parto, porém como uma opção dotada de informações, planejamento e recursos. Nesse sentido, o parto normal pode ser um momento mágico, especial e único vivenciado pela mulher, pela família e demais protagonistas que participam desse momento (SANTOS *et al.*, 2018).

Vale ressaltar que o foco do presente estudo é o parto domiciliar planejado (PDP) e não os partos que aconteciam antigamente nos domicílios. Estes últimos eram assistidos por parteiras tradicionais e que portavam um conhecimento empírico que era passado de geração para geração. De acordo com Mouta e Progiati (2017), a assistência ao parto realizada por parteiras leigas foi liberada no Brasil até a década de 70, quando as enfermeiras obstetras e obstetras tornaram-se profissionais habilitadas para prestarem assistência na saúde ginecológica e obstétrica.

Zilio (2016) conceituou o PDP como sendo aquele em que a grávida se classifica em uma gestação de risco habitual e atende aos critérios de elegibilidade. A mesma autora ainda afirmou que quando a gestante opta por essa modalidade de parto o acompanhamento pré-natal será realizado por “uma equipe de profissionais qualificados que prestarão assistência

durante este período, se estendendo no decorrer do trabalho de parto, parto e puerpério, além de abranger o acompanhamento do seu recém-nascido (RN)” (ZILIO, 2016, p. 15).

Segundo o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2014), o parto normal sem intervenções e humanizado acarreta inúmeros benefícios para o binômio mãe-bebê, sendo que a recuperação do pós-parto se torna mais rápida, permitindo que a mulher possa retomar seus afazeres quase que imediatamente, dando-lhes uma liberdade maior do que as mulheres que se submeteram à cesariana e anestesia.

De acordo com Guerreiro (2013) existe hoje, na sociedade, uma concepção de que a cesárea é melhor, pois oferece mais “segurança”. Esta visão é plausível de discordância, uma vez que as informações mais recentes contrariam essa lógica. Ainda segundo Guerreiro (2013), existe uma banalização desta via de nascimento, acarretando complicações relacionadas à fertilidade da mulher, rotura uterina em gestações subsequentes, aumento do risco de placenta prévia e acreta, entre outros, além dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico. Já em relação ao RN, a cesárea desnecessária produz uma série de consequências a médio e a longo prazo, como mais riscos de desenvolvimento de diabetes mellitus do tipo I, asma, alergias entre outros. Por outro lado, o trabalho de parto aumenta a imunidade do feto, preparando-o para as exposições do mundo externo, o que não acontece na cesárea, principalmente quando eletiva (ROMERO; KORZENIEWSKI, 2013).

Além das altas taxas de cesarianas (em torno de 57%), no Brasil, tem-se uma assistência, em grande parte, inadequada, ou seja, com muita interferência médica (SANTOS *et al.*, 2018). Os partos têm ocorrido, predominantemente, nas instituições hospitalares e, ainda que este local seja considerado um ambiente seguro, é evidente que a atual assistência obstétrica vivencia uma dicotomia com relação às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e às práticas realizadas.

Ressalta-se que todos os tipos de maus-tratos, seja desrespeito, negligência durante a assistência ao parto ou violência obstétrica podem gerar danos perturbadores em muitas mulheres. O parir no hospital foi traçado com um sentido traumático/doloroso que resultou na perda da autonomia para as parturientes, se tornando algo ameaçador para a mulher e para seu RN. As descrições dos procedimentos nos quais as mulheres são submetidas são responsáveis por causarem sentimentos de medo, dor e sofrimento, sendo compatíveis com violência obstétrica (CASTRO, 2015).

Nesse contexto, Tesser *et al.* (2015) levantou indicadores referentes à violência obstétrica, cesarianas e quando a mesma pode ser considerada uma violência obstétrica. O estudo mostrou o caso real de uma mulher brasileira que sofreu vários tipos de violência

obstétrica, caso este que trouxe para a mídia a questão da violência e acabou por disseminar o assunto, fazendo com que mais pessoas sejam empoderadas sobre o assunto, evitando que mais casos de violência obstétrica aconteçam por falta de informação (TESSER *et al.*, 2015).

Diante do exposto, compreende-se que o parto pode ser planejado em âmbito hospitalar ou domiciliar, dependendo da escolha da gestante. Independente do local, a gestante deve ser acompanhada e avaliada, durante todo o seu pré-natal, por uma equipe de profissionais qualificados que prestarão assistência durante esta fase, se estendendo até o trabalho de parto, parto, puerpério e demais cuidados com o RN (SANFELICE; SHIMO, 2015).

Frente a esse contexto, muitas mulheres estão optando por um PDP em virtude de desejarem vivenciar uma experiência mais natural e respeitosa. Ainda, em âmbito brasileiro, esta tendência vem aos poucos ganhando força, levando em conta que na Europa esta prática já vem acontecendo há certo tempo (SANFELICE; SHIMO, 2015).

Assim, observa-se a expansão do PDP em todo território nacional e a crescente busca dessa modalidade de assistência por mulheres que desejam resgatar e protagonizar o processo de gestar, parir e cuidar de seus filhos (SANTOS *et al.*, 2018).

Para que ocorra um PDP, a gestante precisa cumprir alguns pré-requisitos, realizando um pré-natal adequado conforme o MS preconiza, a gestação deverá atender aos critérios de elegibilidade e a grávida deverá ser classificada segundo uma gestação de risco habitual (BRASIL, 2014). Todos esses cuidados visam que a equipe preste uma assistência qualificada no decorrer do trabalho de parto, parto, nascimento, puerpério e acompanhamento do binômio mãe-bebê.

A motivação para a realização deste trabalho surgiu ainda no início da graduação e, com mais entusiasmo, no decorrer da sétima fase do Curso de Graduação em Enfermagem, na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). A inquietação causada em meio às atividades teórico-práticas realizadas na atenção primária à saúde e na rede hospitalar (maternidade e centro obstétrico), a observação de situações de violências obstétricas cometidas contra gestantes e puérperas, juntamente com vivências práticas enquanto coletadora de dados de uma pesquisa multicêntrica sobre obstetrícia, instigaram ainda mais a acadêmica a estudar sobre esse assunto.

Assim, diante do apresentado e considerando a necessidade de realização de estudos que abordem e aprofundem diferentes facetas relacionadas ao PDP, delinea-se a seguinte questão de pesquisa: quem são as mulheres que optam pelo PDP e quais são características desses partos?

2 OBJETIVO

Caracterizar os partos domiciliares planejados vivenciados no oeste catarinense em relação ao perfil das mulheres, a partir de informações sobre o pré-natal, o processo de trabalho de parto e parto, o nascimento e o pós-parto imediato.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Compreende-se que as conquistas dos direitos das mulheres, foi um processo lento ao longo do tempo, no Brasil a tomada de força das políticas nacionais da saúde se deu no século XX, onde o enfoque era apenas nas grávidas e parto. Mais tarde, na década de 50 e 70, a partir do programa materno infantil se obteve uma nova visão da mulher que considerou as questões biológicas e sociais, criando-se uma visão da mulher como um todo.

Segundo a política nacional da saúde da mulher, em 1984 o MS elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 2016).

As diretrizes e propostas do PAISM incorporaram junto aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) a proposta de descentralização, hierarquização e regionalização. O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2016).

Os avanços no SUS a respeito da saúde da mulher fez com que algumas diretrizes de base e leis fossem implantadas a partir do PAISM, sendo elas: a Constituição de 1988, as Leis número 8.080 e 8.142, as Normas Operacionais Básicas (NOB) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo MS.

Em junho de 2011 o Governo Brasileiro instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS, visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Entre os objetivos da Rede Cegonha, o Art. 3 destaca sobre “fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses” (BRASIL, 2011, s/p).

No componente parto e nascimento da Rede Cegonha figura como ação a adoção de práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas nos termos de documento da OMS publicado em 1996 e intitulado “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”. Seguindo essas determinações, o MS, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde, da Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos e seus respectivos Departamento de

Ações Programáticas e Estratégicas e Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS), solicitou à Coordenação-Geral da Saúde da Mulher (CGSM) e à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) a elaboração de diretrizes para a assistência ao parto normal para utilização no SUS e saúde suplementar no Brasil (BRASIL, 2016).

Nesse contexto, foi lançada a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal lançada em 2016, que incentiva o parto normal, abordando diversas evidências científicas em relação a essa via de parto e nascimento de forma a qualificar esse modo de nascer no nosso País (BRASIL, 2016).

Vale ressaltar que o parto normal é o processo mais primitivo da história da humanidade, sendo que o ato de parir é considerado totalmente espontâneo e natural possível e, antigamente, este processo era assistido por parteiras, que eram mulheres que auxiliavam no momento do parto, geralmente mais velhas e com mais experiências no parto. Elas eram chamadas no momento em que a mulher iniciava o trabalho de parto e permaneciam com elas até o nascimento do bebê. Naquele tempo, quanto mais partos bem-sucedidos, onde mãe e bebê permaneciam bem, mais requisitadas eram as parteiras.

Com o avançar da história o nascimento passou a ser visto de um evento natural para um fenômeno mobilizador, que envolve inúmeros significados culturais e sociais, os quais influenciam no processo de decisão pela via de parto. A partir disso, a assistência ao parto sofreu grandes mudanças e o parto fisiológico deu espaço a uma assistência cada vez mais medicalizada e intervencionista (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2018).

Durante muito tempo, os partos ocorriam predominantemente no domicílio, o que era visto com naturalidade pela sociedade em geral. Porém, a medicina foi evoluindo por meio do surgimento de exames laboratoriais durante o pré-natal e atos cirúrgicos como a cesárea, com consequente diminuição das taxas de mortalidade materna, fetal e neonatal, fazendo com que a assistência às mulheres fosse deslocada do âmbito domiciliar para o hospitalar, acarretando, por consequência, na perda de identidade durante este momento importante de dar à luz.

Atualmente, o resgate do parto como um evento familiar, o protagonismo e a autonomia da mulher estão voltando a ser foco de muitos profissionais que atuam na obstetrícia chamada de humanizada. Nesse âmbito, o domicílio novamente passou a ser considerado um local para que esse evento ocorra, considerando as evidências científicas e como uma opção dotada de informações, planejamento e recursos. Ainda, a recomendação da OMS sobre o assunto é de que as mulheres façam essa escolha baseadas em seu sentimento de

segurança, seja em casa, numa casa de parto ou no hospital (CURSINO; BENINCASA, 2020).

No entanto, existe uma polêmica envolvendo o PDP, por ser considerado um retrocesso frente aos avanços da medicina, porém tal fato demonstra que a sociedade necessita compreender melhor o que é o PDP, os motivos que levam estas mulheres a esta escolha, o ambiente que favorece a mulher neste momento, o acolhimento, bem como os avanços desta prática na modernidade, permitindo assim a assistência qualificada no PDP.

O PDP é habitual em países desenvolvidos como, por exemplo, no Reino Unido, Canadá, Austrália e Holanda, onde há o incentivo dessa modalidade de assistência, não só por apresentar menor custo ao sistema de saúde, mas pela existência de evidências científicas constatando sua segurança (SANTOS *et al.*, 2018).

No Brasil, somente uma instituição de saúde chamada Hospital Sofia Feldman e localizada em Belo Horizonte (Minas Gerais) oferece o PDP pelo SUS. Em Santa Catarina, estado onde o presente estudo foi realizado, um Parecer Técnico (PARECER TÉCNICO COREN/SC Nº 023/CT/2016) elaborado pela comissão de PDP da Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica de Santa Catarina (ABENFO/SC) em parceria com enfermeiras generalistas, enfermeiras obstétricas e uma obstetrix, emitido pelo Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina, estabelecendo normas para o acompanhamento de PDP (COREN, 2016).

O parecer aponta como profissionais qualificados para atenderem um PDP os médicos, os enfermeiros obstetras e as obstetrixes. Mas salienta-se que, a depender de cada equipe, conta-se com a presença só de enfermeiras, só de enfermeiras obstetras, de enfermeira com enfermeira obstetra, de enfermeira obstetra com médico e, até de enfermeira obstetra com médico e com pediatra (COREN, 2016). O mesmo parecer ainda menciona algumas diretrizes para o atendimento ao PDP, estabelecendo critérios de inclusão e exclusão, sendo que se configuram em critérios de inclusão: “gestante classificada como tendo pré-natal de baixo risco/risco obstétrico habitual; gestação única; apresentação cefálica; idade gestacional maior ou igual a 37 semanas e menor que 42 semanas; casal estar de acordo segundo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (COREN, 2016, p. 3).

O PDP apresenta inúmeras vantagens para a mulher, bebê, família, profissionais e sociedade, mas ainda são escassos os estudos brasileiros que pesquisam com esta população que opta por esse tipo de assistência. Mesmo assim, as pesquisas já realizadas apontam vantagens, principalmente quando a decisão é tomada com base em informações e evidências científicas que respeitam o fisiológico.

Estudo de Feyer, Monticelli e Knobel (2013) concluíram que as mulheres que optam pelo PDP se enquadram na faixa etária jovem, são primíparas, com ensino superior completo ou cursando, de classe média a alta, mostrando um importante fator relacionado ao acesso a informações e à escolha de profissionais qualificados.

Diante do exposto, nota-se muitas mudanças frente ao contexto da parturição, as quais ainda permanecem sendo observadas atualmente, o que torna de fato o ponto forte das discussões obstétricas, dando assim mais ênfase à justificativa da produção deste trabalho.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A seguir, será apresentada a metodologia utilizada na pesquisa, incluindo informações sobre o tipo, local e participantes do estudo, a produção e análise dos dados e os aspectos éticos.

Salienta-se que os dados deste trabalho de Conclusão de Curso fazem parte de um macroprojeto intitulado “Motivos e vivências de mulheres que optaram pelo Parto Domiciliar Planejado no oeste catarinense”, cujo desenvolvimento ocorreu no ano de 2016.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva. Esse delineamento permite que o pesquisador compreenda o problema no seu próprio contexto, não havendo a criação de situações que possam mascarar a realidade ou levar a interpretações errôneas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). A pesquisa descritiva objetiva descrever as características de certa população (GIL, 2010).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo ocorreu nos domicílios de mulheres residentes em municípios do oeste de Santa Catarina. Esse estado possui uma população estimada de 7.164,788 milhões de habitantes, sendo que a região oeste é composta por 25 municípios, perfazendo um total estimado de 324.594 mil habitantes (BRASIL, 2019).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram entrevistadas dez mulheres que planejaram e tiveram seus partos realizados no domicílio. Optou-se por este número de participantes em função da teoria de amostragem por saturação de Turato (2013) que considera que, após um determinado número de sujeitos, os dados produzidos apresentam repetições em seu conteúdo, não havendo acréscimos significativos frente aos objetivos delineados, possibilitando que a inclusão de sujeitos seja encerrada.

Os critérios de inclusão foram: mulheres que permaneceram durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto no domicílio. Adotou-se como critérios de exclusão: mulheres que tiveram parto domiciliar desassistido; mulheres que foram transferidas para o estabelecimento de saúde no decorrer do trabalho de parto, parto ou pós-parto em função de alguma intercorrência e mulheres com idade inferior a 18 anos. Optou-se por excluir as mulheres menores de 18 anos em virtude de que o atendimento do PDP está atrelado à assinatura de um termo pela gestante que deseja esta modalidade de atendimento. Portanto, incluir mulheres com idade inferior a 18 anos atrela à necessidade de autorização de um responsável legal por ela.

As participantes foram localizadas por meio de indicação de enfermeiras obstetras que atendem PDP na região estudada, mediante fornecimento de uma lista contendo informações pessoais e de contato telefônico e eletrônico das mulheres atendidas. A aproximação inicial com as mulheres foi realizada via telefone e aplicativo de troca de mensagens instantâneas, a fim de convidá-las para participar do estudo. Não houve recusas.

4.4 PRODUÇÃO DE DADOS

A produção de dados ocorreu no segundo semestre de 2016, entre os meses de setembro e novembro, por meio de entrevistas (ANEXO A) aplicadas pelas acadêmicas que desenvolveram a pesquisa (ZILIO, 2016; MACHADO, 2016).

Além das informações coletadas a partir das entrevistas, outros dados foram colhidos da caderneta de gestante e de registros internos da equipe que prestou assistência às mulheres incluídas no estudo.

A coleta de dados só teve início após aprovação do estudo em Comitê de Ética em Pesquisa, sendo que as entrevistas foram agendadas por meio de contato telefônico com as participantes, respeitando as suas preferências quanto ao melhor dia e turno. As entrevistas aconteceram, majoritariamente, nos domicílios das mulheres em um período de até seis meses após o parto.

O tempo de duração média de cada entrevista foi de 30 minutos, sendo que todas foram áudiogravadas com o auxílio de do gravador digital disponível em smartphones, sendo armazenadas no computador da pesquisadora responsável e, posteriormente, transcritas literalmente utilizando-se recurso de áudio/voz. As transcrições foram encaminhadas para as entrevistadas para validação dos dados e algumas foram ajustadas e tiveram inclusões/supressões, conforme a solicitação das participantes.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram analisados de forma descritiva, apresentados na forma de percentual e ilustrados com gráficos e imagens, visando caracterizar os partos domiciliares planejados vivenciados no oeste catarinense em relação ao perfil das mulheres, a partir de informações sobre o pré-natal, o processo de trabalho de parto e parto, o nascimento e o pós-parto imediato.

4.6 QUESTÕES ÉTICAS

O trabalho foi submetido a um Comitê de Ética em Pesquisa para apreciação e respeitou as orientações da Resolução número 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

A pesquisa foi aprovada no dia 01 de setembro de 2016, sob o CAAE 56837416.7.0000.5564 e parecer número 1.707.590 (ANEXO B).

A proposta do estudo foi apresentada e detalhada individualmente às mulheres, que, ao optarem pela participação, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(ANEXO C), em duas vias, sendo que uma das vias ficou com a participante e a outra com as autoras do estudo, assinada pela entrevistada.

As participantes receberam todas as informações sobre os objetivos da pesquisa, a justificativa, bem como os procedimentos que seriam utilizados para a produção dos dados. Além disso, foram informadas que sua participação se daria de forma voluntária, sobre a liberdade em recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que isso acarretasse algum prejuízo a si. A garantia de anonimato dos indivíduos e sigilo das informações foi reforçada, além de ser feito o esclarecimento sobre a ausência de custos.

Também foi mencionada a questão dos riscos e desconfortos individuais e coletivos, tais como: constrangimento durante a entrevista, incômodo em falar ou, ainda, mobilização emocional. Como forma de minimizar estes riscos e desconfortos, a participante foi informada da não necessidade de responder a qualquer pergunta ou fornecer quaisquer informações durante a entrevista caso se sentisse desconfortável ou achasse que a resposta se tratava de algo muito pessoal. Em relação a estes aspectos, ressalta-se que a mobilização dos sentimentos no decorrer das entrevistas, quando ocorrida, foi resolvida durante a mesma, não ocasionando necessidade de encaminhamento da entrevistada para um serviço de saúde. De forma mais pontual, foi esclarecido às participantes que este estudo não se configura como avaliativo ou um estudo de julgamento, estando ela, livre para explanar sobre os fatores adversos do seu PDP, caso estes existissem.

Ainda, conforme já mencionado, o local onde a entrevista foi aplicada, no domicílio ou nos demais lugares escolhidos pelas participantes, vislumbrou a promoção da privacidade e tranquilidade para o encontro entre a entrevistada e a acadêmica, bem como para a produção dos dados. Como benefícios, a participante pode contribuir na construção do conhecimento gerado para a área da Enfermagem e Enfermagem Obstétrica, além de poder auxiliar outras mulheres a decidirem pela modalidade de PDP.

Todos os documentos do estudo estão sob a responsabilidade da professora orientadora, Joice Moreira Schmalfluss.

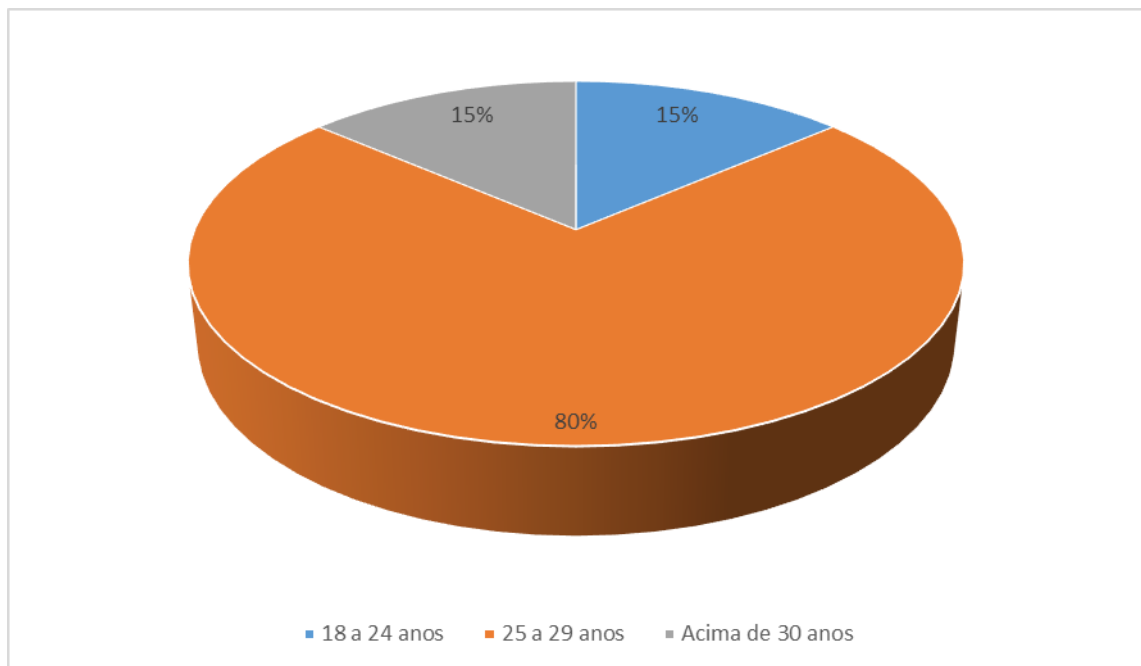
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização das participantes do estudo inclui a identificação e questões sociodemográficas contendo informações referentes à idade, ao estado civil, ao nível de escolaridade, à crença/religião, à renda familiar e à cidade em que cada entrevistada reside. Informações referentes ao pré-natal também foram descritas como, por exemplo, o número de consultas realizadas no período gestacional, além da história obstétrica pregressa contendo gestações anteriores e tipo de parto realizado.

Também foram apresentadas informações resgatadas dos prontuários das participantes, em posse da equipe que realizou o PDP, referentes ao parto no domicílio, com dados relativos ao trabalho de parto, parto, puerpério imediato e outras informações relevantes, conforme consta no roteiro de entrevista.

A idade das dez mulheres que participaram do estudo variou entre 25 e 33 anos, com uma média de 27,6 anos, predominando o intervalo entre 25 e 29 anos na maioria (70%) das entrevistadas (Gráfico 1). Um intervalo semelhante foi observado no estudo de Peruchin e Silva (2019) no qual as participantes apresentaram idade entre 25 e 37 anos. Já no estudo de Silva (2017) observou-se uma faixa etária que variou de 25 a 39 anos. Na pesquisa KOTTWITZ *et al.* (2019) sua amostra se assemelhou aos resultados encontrados no presente estudo, no qual a faixa etária das mulheres que optaram pelo PDP foi entre 20 e 29 anos.

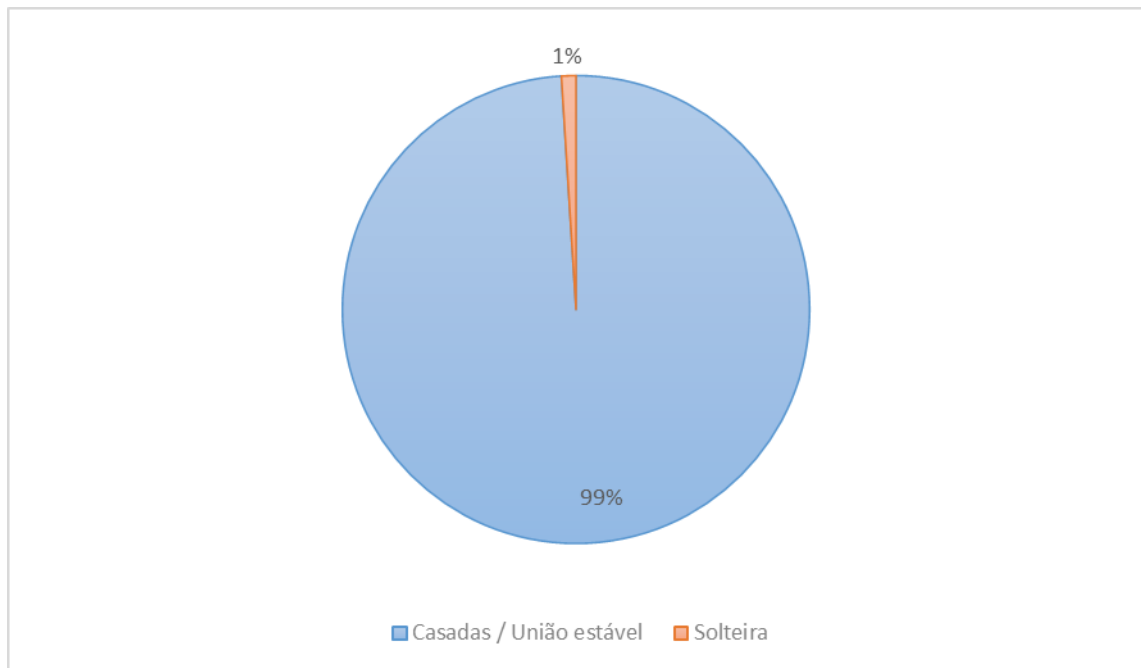
Gráfico 1 – Idade das Participantes



Fonte: elaborada pela autora (2021)

Em relação ao estado civil das entrevistadas, nove eram casadas e uma vivia em união estável (Gráfico 2). Os dados relacionados ao estado civil, no estudo de Peruchin e Silva (2019), mostraram que as participantes vivem em união estável ou são casadas. As informações encontradas na pesquisa de Peruchin e Silva (2019) evidenciaram que 100% das mulheres participantes eram casadas. Investigação de Nascimento *et al.* (2016) também evidenciou alto percentual de mulheres casadas, equivalente a 85,7%. Na pesquisa de Moura *et al.* (2019), 58,7% das participantes eram casadas e 27,8% solteiras, divergindo dos dados da presente pesquisa.

Gráfico 2 – Estado civil

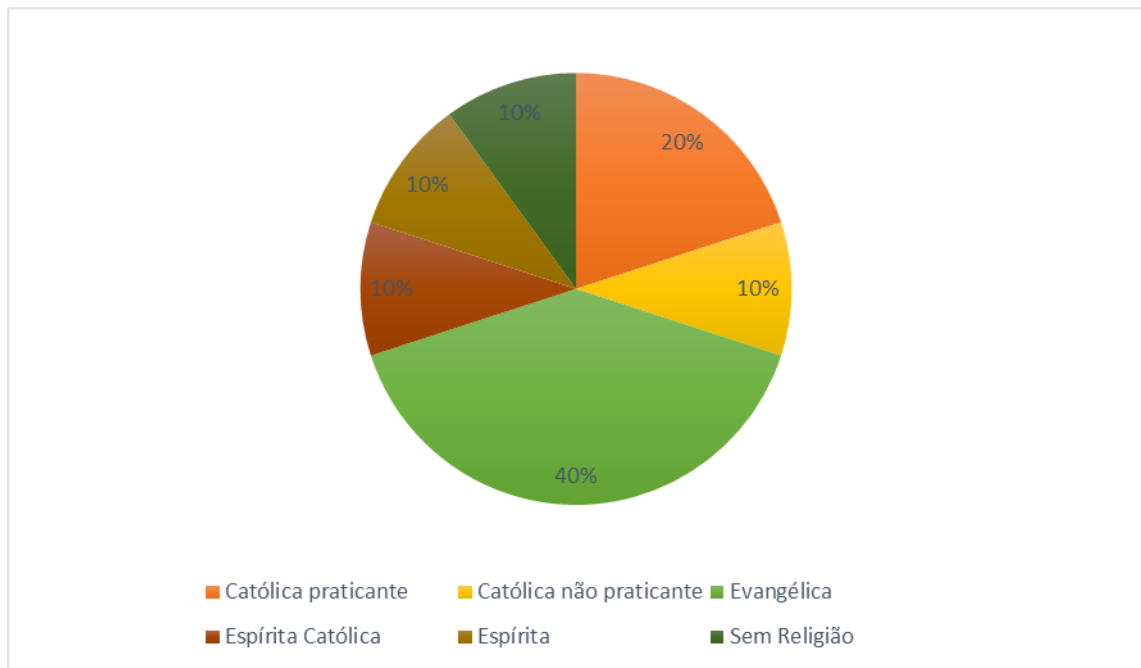


Fonte: elaborada pela autora (2021)

Referente ao nível de escolaridade, oito entrevistadas possuíam ensino superior completo, enquanto duas possuem o segundo grau completo. Achados semelhantes ao presente estudo foram evidenciados na pesquisa de Moura *et al.* (2019) e de Cursino e Benincasa (2020). Pesquisa de Nascimento *et al.* (2016) evidenciaram que 64,3% das participantes possuíam ensino superior completo. O estudo de Peruchin e Silva (2019) também relata que na amostra estudada houve um predomínio de participantes com ensino superior completo.

Relacionado à crença/religião das participantes, duas declararam-se católicas, uma católica não praticante, quatro evangélicas e uma espírita católica. Uma referiu não ter religião, mas se considerou espiritualizada, e outra afirmou não ter religião (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Crenças Religiosas

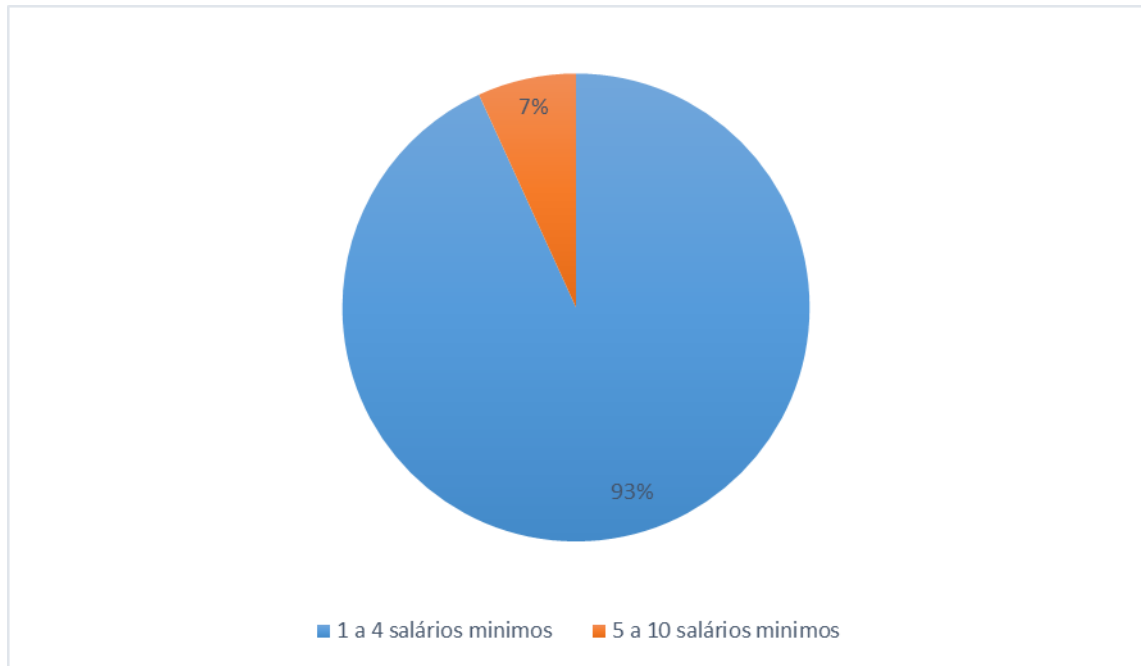


Fonte: elaborada pela autora (2021)

No que diz respeito à renda familiar e condições socioeconômicas, o número de salários mínimos ficou entre dois e dez, sendo que a maioria das entrevistadas possuía uma renda mensal superior ou igual a cinco salários (60%) (Gráfico 4). Em comparação, os resultados obtidos por Cursino e Benincasa (2020) evidenciaram que as participantes da sua pesquisa possuem/exercem atividades remuneradas, porém não menciona o número de salários mínimos. O estudo de Peruchin e Silva (2019) destacou as áreas de atuação de cada participante, permitindo concluir que as participantes possuem estabilidade financeira. A pesquisa de Sanfelice e Shimo (2015) evidenciaram que as mulheres da amostra possuem renda familiar maior ou igual a dez salários mínimos.

Os achados da presente pesquisa permitiram evidenciar que o PDP é uma realidade para mulheres e famílias que dispõem de melhores condições financeiras, até mesmo por não ser um recurso disponível na rede pública de saúde de Santa Catarina.

Gráfico 4 – Renda Familiar



Fonte: elaborada pela autora (2021)

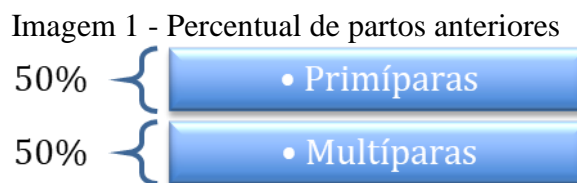
Em relação à cidade em que o parto ocorreu, os PDP foram realizados em diferentes municípios da região oeste de Santa Catarina, sendo eles: sete em Chapecó, um em São Carlos, um em Xaxim e um São Miguel do Oeste.

Quanto aos cuidados com a gestação que resultou em PDP, nove entrevistadas afirmaram ter realizado mais de seis consultas de pré-natal, conforme o preconizado pelo MS (BRASIL, 2012), sendo que a maioria das entrevistadas realizou mais de dez consultas. Quantidade semelhante de consultas foram realizadas pelas gestantes incluídas nos estudos de Peruchin e Silva (2019) e Moura *et al.* (2019), onde a média de consultas pré-natais foi de seis a 15 consultas. No estudo de Nascimento *et al.* (2016) as participantes realizaram de oito a 13 consultas, também evidenciando um número elevado de consultas nesse tipo de acompanhamento gestacional.

Em todas as assistências, os companheiros das mulheres estiveram presentes. Além deste e da equipe composta por duas enfermeiras obstetras, também se fizeram presentes outros vínculos da mulher, tais como: fotógrafos, em cinco partos; mãe da parturiente, em três partos; filhos, em três situações e irmã da parturiente e doulas, em duas vivências. Três partos tiveram a presença de outras figuras como amiga, sogra e sobrinho da mulher. Ainda, em uma das experiências foi citada a presença de animais de estimação (cachorros) durante o trabalho de parto e nascimento do bebê.

As participantes do estudo de Duarte *et al* (2019) destacaram a importância da presença do acompanhante durante o trabalho de parto e nascimento do bebê, favorecendo o sentimento de confiança das mulheres, facilitando e promovendo os seus direitos legais, proporcionando autonomia e satisfação em virtude desse processo vivido com seus acompanhantes. Ressalta-se, nesse mesmo estudo, a importância do apoio do companheiro, bem como de outros familiares, visto estimular a mulher a acreditar em si mesma e num processo fisiológico e natural que pode e deve ser realizado de forma gentil, amorosa e humanizada.

A história obstétrica das participantes mostrou que em 50% dos casos as mulheres eram primíparas, 50% eram multíparas (Imagem 1), sendo que, dentre essas, em um dos casos a mulher apresentou antecedente obstétrico de abortamento. Este resultado foi semelhante no estudo de Silva (2017), no qual 50% das mulheres eram primíparas, 30% secundíparas e 20% multíparas. Na pesquisa de Peruchin e Silva (2019) cinco das nove participantes era primípara, quatro eram multíparas e apenas uma havia realizado cesariana na primeira gestação.



Fonte: elaborada pela autora (2021)

O nascimento do bebê, nas vivências anteriores das multíparas, ocorreu, em todos os casos, no ambiente hospitalar, podendo-se afirmar que todas as participantes deste estudo experienciaram pela primeira vez o PDP.

No dia do parto, sete das dez entrevistadas estavam com as 40 semanas completas, sendo que a idade gestacional destas variou de 38 semanas e 3 dias (em um dos casos) a 41 semanas e 2 dias (em outro caso). No estudo de Schutz e Porciúncula (2020) a idade gestacional esteve entre 38 semanas (27,3%) e 39 semanas (50%). A fase ativa do trabalho de parto teve uma duração média de cinco horas, considerando que, o tempo mais curto dessa fase compreendeu duas horas e o mais longo dez horas.

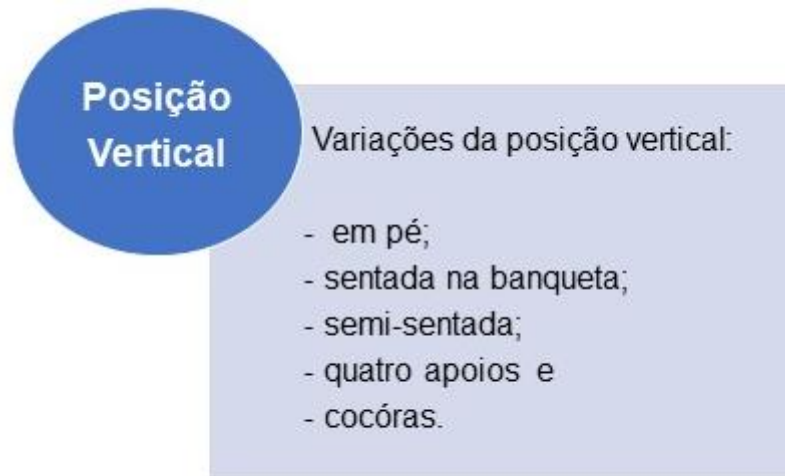
Em metade dos PDP das participantes incluídas nesse estudo a bolsa amniótica rompeu durante o período expulsivo. Uma bolsa amniótica apresentou mecônio terminal e as outras, incluindo aquelas que tiveram bolsa rota (BR) antes do parto iniciar, apresentaram

líquido amniótico claro (LAC). O tempo mínimo de BR foi de 55 minutos e o tempo máximo de 7 horas e 50 minutos.

No que diz respeito ao ambiente ou local em que ocorreu o nascimento, três mulheres pariram na poltrona de parto, três na piscina, duas na banqueta de parto, uma na cama e uma no quarto.

As posições adotadas pelas entrevistadas na hora do nascimento do bebê foram, em sua totalidade, posições verticalizadas (Imagem 2). Três mulheres estavam sentadas, três semi-sentadas, três em quatro apoios e uma de cócoras. Este dado também foi identificado no estudo de Moura *et al.* (2019) que verificou que 94,5% dos partos ocorreram em posições verticalizadas e apenas 5,5% optaram pela posição lateralizada.

Imagem 2 – Posição escolhida para nascimento do bebê



Fonte: elaborada pela autora (2021)

Em sete casos a placenta dequitou em menos de meia hora após o parto, sendo que o menor intervalo entre o nascimento e a dequitação placentária foi de 26 minutos. Nos outros três casos, o tempo máximo de dequitação foi de 50 minutos. Salienta-se que, em todas as assistências, o manejo do período placentário foi fisiológico, visto que, as equipes que prestaram assistência às participantes só costumam adotar o manejo ativo em casos de sangramento, hemorragia ou quando o tempo do nascimento ultrapassa uma hora.

Em relação a esse item, considerando o relatório de recomendação publicado pela CONITEC, em 2016, o terceiro período clínico do parto - dequitação - é considerado prolongado “após decorridos 30 minutos de manejo ativo ou 60 minutos de manejo fisiológico” (BRASIL, 2016, p. 46), não sendo necessário, antes disso, a adoção do manejo ativo (uso de rotina de medicações uterotônicas, clampeamento e secção precoce do cordão umbilical e tração controlada do cordão após sinais de separação placentária).

Em relação ao períneo após o parto, seis permaneceram íntegros, dois tiveram laceração de segundo grau sem necessidade de sutura, um teve laceração de segundo grau e foi suturado a pedido e um teve laceração de primeiro grau em pequeno lábio com mudança da anatomia e necessidade de sutura.

No que se refere ao apgar dos bebês no primeiro e no quinto minutos de vida, quatro deles tiveram apgar 10 no primeiro e 10 no quinto minuto, outros quatro foram classificados com apgar 8/9 e outros dois com apgar 7/8. No estudo de Moura *et al.* (2019) contataram que o escore de apgar no primeiro minuto foi de 7 a 8 e no quinto minuto foi de 8 a 9.

Referente aos cuidados com o bebê logo ao nascer, quatro deles não recebeu qualquer tipo de intervenção; dois foram apenas secados; um recebeu estímulo tátil; um recebeu secagem mais estímulo tátil; outro recebeu secagem, estímulo tátil e oferta de oxigênio a 2ml/l devido à gemência e um recebeu estímulo tátil e, após três minutos, outro estímulo e mudança de posição, juntamente com aquecimento.

Intercorrências no trabalho de parto, parto ou pós-parto incluíram dois casos de mecônio terminal, uma distócia de ombros com mão na face e necessidade de desprendimento de acrômios pela enfermeira obstetra, uma bradicardia fetal no expulsivo e uma hemorragia após a dequitação placentária manejada com ocitocina intramuscular mais ocitocina endovenosa.

Os dados recém expostos evidenciaram diversas vantagens do PDP, tais como: respeito à fisiologia do parto e nascimento, ambiente acolhedor, confortável e privativo e presença da família. Os resultados também apontaram desfechos positivos dessa modalidade de assistência, tanto para a mulher quanto para o seu RN. Mesmo diante da necessidade de alguma intervenção em virtude de intercorrências no período parturitivo, de nascimento ou pós-parto, estas podem ser manejadas no próprio domicílio, desde que a equipe assistente seja qualificada o suficiente para prestar todo o suporte necessário nestes casos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo caracterizar os partos domiciliares planejados vivenciados no oeste catarinense em relação ao perfil das mulheres, a partir de informações sobre o pré-natal, o processo de trabalho de parto e parto, o nascimento e o pós-parto imediato.

A descrição dos achados mostrou que as mulheres que optaram por um parto domiciliar planejado no oeste catarinense tinham idade média de 27,6 anos, nove das dez participantes eram casadas e oito delas possuíam ensino superior completo.

A crença/religião das participantes variou, sendo que a maioria disse acreditar/seguir alguma crença/religião. Em relação à renda familiar e condições socioeconômicas da família, considerando salários mínimos, a maioria das entrevistadas possuía uma renda mensal superior ou igual a cinco salários.

Assim, constatou-se que as participantes dessa pesquisa eram, na sua maioria, mulheres jovens, casadas, com boa escolaridade e boa condição financeira. O tipo de crença/religião não pareceu ter influência em relação à escolha pelo PDP.

Durante a gestação as participantes tiveram uma média de dez consultas durante o acompanhamento pré-natal e metade das entrevistadas era primípara e a outra metade era multípara. Todas experienciaram pela primeira vez o PDP e, no dia do parto, sete estavam com 40 semanas de gestação completas.

Diversas pessoas, além das enfermeiras obstetras, estiveram presentes no cenário de parturição e nascimento e também se observou a presença de animais de estimação. O nascimento do bebê ocorreu em locais variados dos domicílios e, majoritariamente, em posições verticalizadas adotadas pelas mulheres, mostrando a decisão pelo PDP está aliada à possibilidade da mulher ser a protagonista da sua história de parto, com livre escolha pela forma como todo o processo ocorrerá.

De uma forma geral, os RN nasceram bem, com escores de apgar satisfatórios, não necessitando de manobras de reanimação. O mesmo aconteceu com a dequitação da placenta, onde não foram observadas intercorrências e/ou necessidade de grandes intervenções.

Em virtude do assunto PDP ainda ser alvo de muitas contradições em relação à segurança, motiva-se que mais estudos qualitativos e quantitativos sejam realizados no sentido de dar visibilidade a esta modalidade de parto e nascimento, bem como estimular a

criação de políticas públicas que tornem esse tipo de assistência acessível a todas as mulheres que optarem por parir desta forma respeitosa e fisiológica.

Ainda, acredita-se que tal assunto deve ser mais trabalhado durante as graduações em Enfermagem e pós-graduações em Enfermagem Obstétrica e/ou Saúde da Mulher a fim de dar visibilidade a este nicho que vem crescendo de forma exponencial em todo o Brasil.

Acredita-se que o objetivo deste trabalho foi atingido com êxito, possibilitando à acadêmica aprender mais sobre o assunto PDP e ter o seu olhar ampliado para esta área do conhecimento, pauta de constante evolução e inovações.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras em Pesquisas envolvendo Seres Humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica, nº 32**. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/05/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento. Cadernos HumanizaSUS volume 4**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:<<https://redehumanizasus.net/acervo/cadernos-humanizasus-volume-4-humanizacao-do-parto-e-nascimento/>>. Acesso em: 21 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretriz nacional de assistência ao parto normal: relatório de recomendação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria número 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. Sistema DataSUS. **Indicadores regionais, estaduais e nacionais do rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013 - Santa Catarina. 2013**, 2019. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/popsc>>. Acesso em: 12 dez. 2020.

BÚRIGO, R. A. **Planejando o parto no domicílio e tendo que parir no hospital: significados da experiência para as mulheres**. 2015. 139 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em:<<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/107036>>. Acesso em: 19 abr. 2020.

CASTRO, C. M. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. **Cad. saúde colet**, v. 23, n. 1, p. 69-75, 2015.

COREN SC-CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. **Parecer Técnico COREN/SC Nº 023 - Parto Domiciliar Planejado**. COREN/SC: Florianópolis, 2016.

- DUARTE M. R. et al. Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento. **Cogitare enferm**, v. 24, e54164, 2019.
- FEYER, I. S. S; MONTECELLI, M.; KNOBEL, R. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 2, p. 298-305, 2013.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GUERREIRO, C. A Propósito do Artigo “Indicações para Cesarianas num Hospital Terciário Durante 7 Anos”. **Acta Médica Portuguesa**, v. 26, n. 6, p. 630-632, 2013.
- KOTTWITZ, F.; GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES, A. C. Via de parto preferida por púérperas e suas motivações. **Esc. Anna Nery**, v. 22, n. 1, p. 1-8, 2018.
- MACHADO, G. N. **Motivos de mulheres que optaram pelo parto domiciliar planejado no oeste catarinense**. 2016. 75 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, 2016.
- MOURA, R. S. *et al.* Perfil Obstétrico e Neonatal dos Partos Naturais Domiciliares Assistidos por Enfermeiro Obstetras, **Cienc. enferm**, v. 25, n. 13, p. 1-13, 2019.
- MOUTA, R. J. O.; PROGIANTI, J. M. Process of creating the brazilian association of midwives and obstetric nurses. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 1, p. 1-8, 2017.
- NASCIMENTO, J. P. *et al.* O empoderamento da mulher no parto domiciliar planejado. **Rev enferm UFPE on line**, v. 10, n. 5, p. 4182-4187, 2016.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.
- PRATES, L. A. *et al.* Natural nascer em casa: rituais de cuidado para o parto domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 1247-1256, 2018.
- PERUCHIN, A.; SILVA, E. F. Motivos que levam as mulheres optarem pelo parto domiciliar planejado. **Evidentia**, v. 16, p. e11890, 2019.
- ROMERO, R.; KORZENIEWSKI, S. J. Are infants born by elective cesarean delivery without labor at risk for developing immune disorders later in life?. **American Journal Of Obstetrics & Gynecology**, v. 4, n. 208, p. 243-246, 2013.
- SANTOS, S. S. *et al.* Resultados de partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas, **Rev Enferm UFSM**, v. 8, n. 1, p. 129-143, 2018.
- SANFELICE, C. F.; SHIMO, A. K. K. Parto Domiciliar: Compreendendo Os Motivos Dessa Escolha. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 875-882, 2015.
- SILVA, C. B. J. **Um Experienciar do Parto: Concepção de Mulheres sobre Parto Domiciliar**. 2017. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Curso de Bacharelado em Enfermagem, Faculdade Maria Milza, Governador Mangabeira, Bahia, 2017. Disponível em:

<<http://131.0.244.66:8082/jspui/bitstream/123456789/384/1/MONOGRAFIA%20CRISTIANO%20BRAGA.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2021.

SCHUTZ, P. O.; PORCIUNCULA, M. B. Percepção de puérperas sobre a escolha da via de parto em um hospital da serra do Rio Grande do Sul. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. sup., n. 40, p. 1-8, 2020.

TESSER, C. D. *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. 685 p.

ZILIO, I. C. **Vivências de mulheres que optaram pelo parto domiciliar planejado no oeste catarinense**. 2016. 109 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, 2016.

ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Elaborado por MACHADO, 2016 e ZILIO, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

CAMPUS CHAPECÓ

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MOTIVOS E VIVÊNCIAS DE MULHERES QUE OPTARAM PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO OESTE CATARINENSE

Número da entrevista: _____
Início da entrevista: _____ horas
Final da entrevista: _____ horas

- Identificação / Caracterização da participante / Dados sociodemográficos (entrevista)

- Iniciais do nome:
- Idade:
- Estado civil:
- Nível de escolaridade:
- Crença/Religião:
- Renda familiar (em salários mínimos):
- Cidade em que reside:

- Pré-natal / Trabalho de parto / Parto (entrevista, caderneta da gestante e fichas de registro)

- Número de consultas de pré-natal:
- Cidade em que ocorreu o parto:
- Data do parto:
- Quem estava na hora do trabalho de parto/parto:
- G ____ P ____ C ____ A ____¹
- Se teve outras gestações, onde aconteceu o nascimento do bebê:
- Idade gestacional no dia do parto:
- Duração da fase ativa:
- Condições da bolsa amniótica:
- Onde/Ambiente seu bebê nasceu?
- Qual a posição que você estava na hora do nascimento do bebê?
- Em quanto tempo a sua placenta nasceu?

- Puerpério imediato (entrevista e fichas de registro)

¹ G (nº de gestações); P (nº de partos); C (nº de cesáreas); A (nº de abortos)

- Como ficou o seu períneo após o parto? Teve necessidade de alguma sutura?
- Qual o apgar que o seu filho recebeu ao nascer?
- Houve a necessidade de realizar alguma manobra de reanimação no seu bebê após o nascimento?
- Aconteceu alguma intercorrência no trabalho de parto, parto ou pós-parto?

- Outras informações relevantes (entrevista)

- Você fez uso de alguma substância ou técnica para estimular o trabalho de parto? Se sim, o que usou? Com quantas semanas estava?
- Como você ficou sabendo da modalidade de parto domiciliar planejado?
- Onde se informou sobre o parto domiciliar planejado?

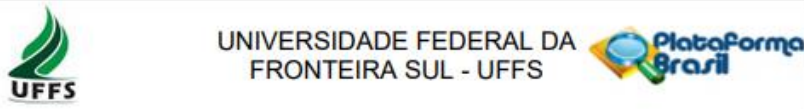
- Motivos (entrevista)

- a) Descreva os motivos que te levaram a escolher pelo PDP.
- b) Alguém influenciou na sua escolha pelo PDP? Se sim, quem?
- c) Como foi o posicionamento das pessoas frente a sua escolha pelo PDP?

- Vivência (entrevista)

- a) Descreva de forma detalhada como foi vivenciar o parto domiciliar planejado (preparo do ambiente, manejo das contrações, acompanhamento da equipe profissional, entre outros).

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MOTIVOS E VIVÊNCIAS DE MULHERES QUE OPTARAM PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO OESTE CATARINENSE

Pesquisador: Joice Moreira Schmalfluss

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 56837416.7.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.707.590

Apresentação do Projeto:

TRANSCRIÇÃO DO RESUMO:

Antigamente, o parto era vivenciado no espaço doméstico pelas mulheres e seus acompanhantes, contudo, com o advento da tecnologia e avanços na área da medicina e obstetrícia, juntamente com mudanças sociais ocorridas, promoveu-se a institucionalização do parto e a sua medicalização. Essa mudança culminou na perda da autonomia da mulher, colocando-a como coadjuvante no processo de parir, além de expô-la a diversos riscos desnecessários e à violência obstétrica. Deste modo, muitas mulheres estão regressando ao ambiente primordial de realização do parto, optando pelo Parto Domiciliar Planejado (PDP) a fim de retomar seu protagonismo e proporcionar um nascimento mais humanizado e respeitoso ao seu bebê. Assim, este estudo objetiva conhecer os motivos e descrever a vivência de mulheres que optaram pelo PDP no oeste catarinense, bem como caracterizar as condições sócio-econômicas, o pré-natal, o trabalho de parto/parto e o puerpério imediato dessas mulheres. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo-exploratório que será realizado com aproximadamente 15 mulheres. Serão incluídas no estudo mulheres que permaneceram durante todo o trabalho de parto e parto no domicílio. Serão excluídas todas as mulheres que foram transferidas para alguma instituição de saúde no decorrer do trabalho de parto ou parto; com menos de 18 anos e que tiveram parto

Endereço: Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFFS
Bairro: CENTRO **CEP:** 89.802-265
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 1.707.590

domiciliar desassistido. Os dados do estudo serão coletados por meio de uma entrevista semi estruturada, no período de agosto a setembro do corrente ano e esta será realizada em horário e local indicado pelas participantes. A finalização da coleta seguirá o critério de saturação de dados. As entrevistas serão registradas com um gravador digital do tipo mp3 player ou smartphone para posterior transcrição. A análise dos dados coletados será feita de acordo com análise temática proposta por Bardin e dividida em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação. O estudo respeitará os aspectos éticos segundo a Resolução de número 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, o qual envolve pesquisas com seres humanos. Espera-se que este trabalho contribua para a qualificação da assistência pré-natal prestada no município estudado e almeja-se que, por meio dos motivos de mulheres que optaram pelo PDP e vivenciaram o mesmo, será possível qualificar a assistência prestada durante o trabalho de parto, parto e pós-parto dessas mulheres no âmbito do parto domiciliar, bem como suprir as lacunas que possam existir em relação à assistência prestada no ambiente hospitalar.

Objetivo da Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – Hipótese:

“Não há”

TRANSCRIÇÃO – Objetivo Primário:

- Conhecer os motivos de mulheres que optaram pelo parto domiciliar planejado no oeste catarinense.
- Descrever a vivência de mulheres que optaram pelo parto domiciliar planejado no oeste catarinense.
- Caracterizar as condições sócio-econômicas, o pré-natal, o trabalho de parto/parto e o puerpério imediato de mulheres que optaram pelo parto domiciliar planejado no oeste catarinense.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

TRANSCRIÇÃO – Riscos:

“Poderão existir riscos e desconfortos individuais e coletivos, tais como: constrangimento durante a entrevista, incômodo em falar ou, ainda, mobilização emocional. Assim, como forma de minimizar estes riscos e desconfortos, a participante não precisará responder a qualquer pergunta ou fornecer quaisquer informações durante a entrevista se sentir-se desconfortável ou achar que a resposta trata-se de algo muito pessoal. De forma mais pontual, como esta pesquisa pode mobilizar lembranças específicas e desagradáveis sobre a experiência do PDP, podendo gerar

Endereço: Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFFS
Bairro: CENTRO **CEP:** 89.802-265
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 1.707.590

desconfortos, uma forma de minimizar tal risco será informando à entrevistada que este estudo não configura-se como avaliativo ou um estudo de julgamento, estando ela livre para explicar sobre os fatores adversos do seu PDP, caso estes existam. Ainda, conforme já mencionado, o local onde a entrevista será aplicada visará promover a privacidade e tranquilidade para o encontro entre a entrevistada e as acadêmicas, bem como para a produção dos dados. Caso o risco ocorra, a participante será encaminhada a um serviço de saúde do SUS e atendida pela psicóloga do serviço ou da rede de apoio.”

TRANSCRIÇÃO - Benefícios:

“Como benefícios, a participante poderá contribuir na construção do conhecimento gerado para a área da Enfermagem e Enfermagem Obstétrica, além de poder auxiliar outras mulheres a decidirem pela modalidade de PDP. Ainda, este estudo possibilitará que os sujeitos da pesquisa repensem seu planejamento e suas práticas relacionadas ao PDP, podendo aperfeiçoar pontos fracos e fortalecer pontos fortes da sua experiência de modo a informar outras mulheres futuramente. Como devolutiva do estudo, ao término do mesmo, e como forma de devolutiva direta, todas as participantes receberão um relatório impresso com os resultados obtidos, além do TCC completo via correio eletrônico.

RISCOS:

COMENTÁRIOS DO RELATOR:

Adequados.

BENEFÍCIOS:

COMENTÁRIOS DO RELATOR:

Adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

DESENHO: TRANSCRIÇÃO

“Pesquisa qualitativa, de caráter descritivo exploratório”

COMENTÁRIOS DO RELATOR:

Adequado.

METODOLOGIA PROPOSTA: TRANSCRIÇÃO

“Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratório que será

Endereço: Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFFS

Bairro: CENTRO

CEP: 89.802-265

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 1.707.590

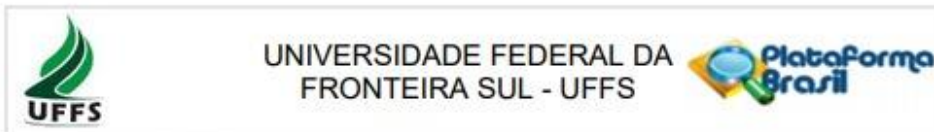
realizado no município de Chapecó e cidades da região oeste de Santa Catarina. Serão participantes do estudo aproximadamente 15 mulheres que planejaram e tiveram seus partos realizados domiciliarmente na cidade de Chapecó e região oeste de Santa Catarina. Serão critérios de inclusão: mulheres que permaneceram durante todo o trabalho de parto e parto no domicílio. Como critérios de exclusão definiu-se: mulheres que tiveram parto domiciliar desassistido; mulheres que foram transferidas para o estabelecimento de saúde no decorrer do trabalho de parto ou parto em função de alguma intercorrência e mulheres com idade inferior a 18 anos. As possíveis participantes serão localizadas mediante indicação da única equipe de enfermeiras obstetras que atende PDP na região oeste de Santa Catarina, Brasil. O acesso às mulheres que poderão ser sujeitos do estudo se dará mediante uma lista fornecida pela equipe de enfermeiras obstetras, onde constam informações pessoais e de contato telefônico e eletrônico das mulheres que foram atendidas. Os dados do estudo serão coletados por meio de entrevista semiestruturada aplicada pelas duas acadêmicas autoras do estudo, sendo que informações poderão ser complementadas com dados da caderneta de gestante e fichas de registro internas da equipe que prestou assistência à mulher no PDP. Constituem-se em informações que poderão ser complementadas com os dados da caderneta da gestante, bem como com as fichas de registro internas da equipe, aquelas que estão elencadas no roteiro de entrevista semiestruturada, conforme apêndice B. A aproximação inicial com as mulheres será feita via telefone a fim de convidá-las para participar da pesquisa. A partir do aceite verbal da participante, um encontro para a entrevista será agendado a partir da indicação da disponibilidade apontada pela mulher, bem como do local no qual esta deseja conceder a entrevista. A coleta está prevista para o período de agosto (final do mês) a setembro do corrente ano e será realizada em horário e local indicado pelas participantes. A finalização da coleta seguirá o critério de saturação de dados. As entrevistas serão registradas com um gravador digital do tipo mp3 player ou smartphone para posterior transcrição. A análise dos dados coletados será feita de acordo com análise temática proposta por Bardin e dividida em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação. O estudo respeitará os aspectos éticos segundo a Resolução de número 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, o qual envolve pesquisas com seres humanos".

COMENTÁRIOS DO RELATOR:

Adequada.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO:

Endereço: Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFFS
Bairro: CENTRO **CEP:** 89.802-265
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 1.707.590

TRANSCRIÇÃO - Critério de Inclusão:

"Serão critérios de inclusão: mulheres que permaneceram durante todo o trabalho de parto e parto no domicílio".

TRANSCRIÇÃO - Critério de Exclusão:

"Como critérios de exclusão definiu-se: mulheres que tiveram parto domiciliar desassistido; mulheres que foram transferidas para o estabelecimento de saúde no decorrer do trabalho de parto ou parto em função de alguma intercorrência e mulheres com idade inferior a 18 anos. Em relação a este último critério, optou-se por excluir estas mulheres em virtude de que o atendimento do PDP está atrelado à assinatura de um termo pela gestante que deseja esta modalidade de atendimento. Incluir mulheres com idade inferior a 18 anos atrelaria à necessidade de autorização de um responsável legal por ela."

COMENTÁRIOS DO RELATOR:

Adequados.

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS: TRANSCRIÇÃO

"Os dados serão analisados mediante análise de conteúdo de Bardin (2009). De acordo com o autor, esta análise se trata de um conjunto de técnicas utilizadas com o propósito de atingir por meio da "descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam à inferência de conhecimentos relativos" a circunstância estudada (BARDIN, 2009). Este modelo de análise compreende três etapas, sendo as mesmas apresentadas conforme segue:- pré-análise: fase em se realiza a organização do material coletado, para selecionar o que será analisado. Será realizada leitura flutuante e escolha dos documentos a serem analisados, respeitando questões como a exaustividade, homogeneidade e pertinência dos dados. Posteriormente será feita a referenciação dos índices e a elaboração dos indicadores, e finalmente, a preparação do material.- exploração do material: consiste em operações de codificação, em virtude de regras previamente formuladas. A organização da codificação compreende o recorte (unidades de registro), a enumeração (escolha das regras de contagem) e a classificação e agregação (escolha das categorias).- tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação: permite classificar as informações obtidas. É a etapa em que se realizam as inferências e interpretações, relacionando-as mutuamente com a questão teórica do estudo. A etapa de pré-análise constitui-se da transcrição integral das entrevistas, leitura da transcrição das entrevistas realizadas e organização dos dados em unidades de registro. A etapa de exploração do material resultará na formação das categorias intermediárias e, a partir

Endereço: Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFFS
Bairro: CENTRO **CEP:** 89.802-265
UF: SC **Município:** CHAPECÓ
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 1.707.590

da composição das categorias com as suas devidas unidades de registro, se seguirá para a formação dos temas e seus respectivos subtemas. Finalmente, a última etapa preconizada por Bardin refere-se à interpretação dos dados”.

COMENTÁRIOS DO RELATOR:

Adequado.

Desfecho Primário:

Espera-se que este trabalho contribua para a qualificação da assistência pré-natal prestada no município estudado e almeja-se que, por meio dos motivos de mulheres que optaram pelo PDP e vivenciaram o mesmo, será possível qualificar a assistência prestada durante o trabalho de parto, parto e pós-parto dessas mulheres no âmbito do parto domiciliar, bem como suprir as lacunas que possam existir em relação à assistência prestada no ambiente hospitalar.

Desfecho Secundário:

Não há.

COMENTÁRIOS DO RELATOR:

Adequado.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO:

COMENTÁRIOS DO RELATOR:

Adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TERMOS DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES:

COMENTÁRIOS DO RELATOR:

Adequado.

QUESTIONÁRIO:

COMENTÁRIOS DO RELATOR:

Adequado.

TCLE:

Endereço: Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFFS
Bairro: CENTRO **CEP:** 89.802-265
UF: SC **Município:** CHAPECÓ
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 1.707.590

COMENTÁRIOS DO RELATOR:

Adequado.

TERMO DE ASSENTIMENTO:

COMENTÁRIOS DO RELATOR:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem impedimentos éticos para o desenvolvimento da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

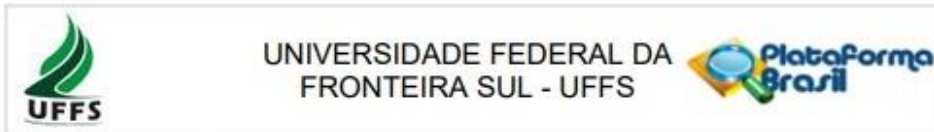
1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Endereço: Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFFS
Bairro: CENTRO **CEP:** 89.802-265
UF: SC **Município:** CHAPECÓ
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 1.707.590

Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_723199.pdf	18/08/2016 11:12:28		Aceito
Outros	Roteiro de entrevista Pós parecer CEP 18082016.pdf	18/08/2016 11:12:11	Joice Moreira Schmalfluss	Aceito
Outros	Formulário de respostas a pendências CEPU UFFS 18082016.pdf	18/08/2016 11:09:26	Joice Moreira Schmalfluss	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto TCC Plataforma Brasil Pós pendências CEP 2.pdf	18/08/2016 11:07:41	Joice Moreira Schmalfluss	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCL Epospendências CEP.pdf	05/07/2016 12:20:53	Joice Moreira Schmalfluss	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	30/05/2016 11:36:26	Joice Moreira Schmalfluss	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	30/05/2016 11:35:38	Joice Moreira Schmalfluss	Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto CEP.pdf	30/05/2016 11:30:42	Joice Moreira Schmalfluss	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 01 de Setembro de 2016

Assinado por:
Ernesto Quast
(Coordenador)

Endereço: Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFFS
 Bairro: CENTRO CEP: 89.802-265
 UF: SC Município: CHAPECO
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL CAMPUS CHAPECÓ CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “**MOTIVOS E VIVÊNCIAS DE MULHERES QUE OPTARAM PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO OESTE CATARINENSE**” orientada e coordenada pela Professora Mestre Joice Moreira Schmalfluss e desenvolvida pelas acadêmicas Grazieli Nunes Machado e Iasmim Cristina Zilio. É importante mencionar que o presente projeto abarca dois subprojetos de Trabalho de Conclusão de Curso das duas acadêmicas que se encontram no último ano do Curso de Graduação em Enfermagem da UFFS. O objetivo do presente estudo é conhecer os motivos de mulheres que optaram pelo parto domiciliar planejado no oeste catarinense, descrever como foi esta vivência para elas e caracterizar as condições sócioeconômicas, o pré-natal, o trabalho de parto/parto e o puerpério imediato dessas mulheres. Justifica-se a realização deste estudo pela escassez de produções científicas referentes ao assunto no Brasil, visto que é uma prática recente no País. Além do mais, este trabalho é relevante frente à necessidade de estudos que demonstrem o contexto do PDP na região oeste de Santa Catarina, visto que ainda não foi desenvolvido nenhum nesse âmbito, configurando-se um estudo precursor.

Por isso, viemos convidá-la a participar de forma voluntária, na etapa de coleta de dados desta pesquisa. Ressaltamos que você poderá solicitar informações e esclarecimentos em qualquer momento da pesquisa e também poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento, em qualquer fase, sem penalização alguma ou prejuízo em sua relação com as autoras. Ainda, você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras por participar do presente estudo.

Os dados serão coletados por meio de uma entrevista semiestruturada (com roteiro previamente estabelecido e perguntas predeterminadas), que será realizada pelas autoras do estudo, em local e horário definido por você. Estima-se que a entrevista terá uma duração aproximada de 30 a 45 minutos, sendo registrada com um gravador digital do tipo MP3 player ou smartphone. As informações que serão gravadas permanecerão em posse e responsabilidade das autoras do estudo e da pesquisadora responsável, Joice Moreira Schmalfluss, sendo armazenadas em seu armário pessoal, localizado na UFFS, durante cinco anos e, posteriormente, serão destruídas.

Ressaltamos que todas as informações obtidas nesta pesquisa serão tratadas de forma sigilosa e confidencial e que a sua identidade será mantida em anonimato. Nos casos em que ocorrer a divulgação do estudo em publicações científicas, os seus dados pessoais não serão mencionados, sendo os mesmos nomeados com a letra E de entrevistada e números que contemplarão o total de entrevistas do estudo, exemplo: E1, E2 e assim por diante.

Sua participação nesta pesquisa poderá gerar riscos e desconfortos individuais e coletivos, tais como: constrangimento durante a entrevista, incômodo em falar ou, ainda, mobilização emocional. Assim, como forma de minimizar estes riscos e desconfortos, você não precisará responder a qualquer pergunta ou fornecer quaisquer informações durante a entrevista se sentir-se desconfortável ou achar que a resposta trata-se de algo muito pessoal. Ainda, ressalta-se que este estudo não se configura como avaliativo ou um estudo de julgamento e você não precisa explicar sobre os fatores adversos do seu parto domiciliar planejado, caso existam.

O local onde a entrevista será aplicada visará promover a privacidade e tranquilidade para o encontro entre você e as acadêmicas, bem como para a produção dos dados. Caso o risco

ocorra, você será encaminhada a um serviço de saúde do Sistema Único de Saúde para consulta/avaliação.

Como benefícios, a sua participação poderá contribuir na construção do conhecimento gerado para a área da Enfermagem e Enfermagem Obstétrica, além de poder auxiliar outras mulheres a decidirem pela modalidade de parto domiciliar planejado. Como devolutiva do estudo, ao término do mesmo, você receberá um relatório impresso com os resultados obtidos e o trabalho na íntegra no seu endereço de correio eletrônico.

Assim, mediante o exposto, solicitamos sua autorização para a gravação de áudio/voz durante a entrevista, bem como para utilizar as informações e registros da sua caderneta de gestante e do prontuário de atendimento que se encontra com a equipe que prestou assistência no seu parto domiciliar planejado.

- Autorizo a gravação de áudio/voz: () Sim () Não

- Autorizo a coleta de dados e informações nos registros feitos pela equipe que atendeu o seu PDP e na caderneta de gestante: () Sim () Não

Finalmente, se você concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações mencionadas, solicitamos que coloque seu nome no local indicado e proceda à assinatura de autorização neste termo, que também será assinado pela pesquisadora responsável. Uma via do termo ficará em seu poder e a outra ficará com a pesquisadora responsável pelo estudo. Agradecemos a sua participação!

Nome completo da participante: _____

Assinatura da participante: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

Contato profissional com a pesquisadora responsável

Telefone: (49) 8505-55-92 / E-mail: joice.schmalfuss@uffs.edu.br / Endereço institucional: Campus Chapecó/SC, SC-484, km 2, Bairro Fronteira Sul, saída para Guatambu, Chapecó-SC, telefone (49) 2049-26-00, com telefonista).

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS.

Telefone e fax: (49) 2049-37-45 / E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br / Site:

http://www.uffs.edu.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2710&Itemid=1099&site=proppg / Endereço: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS - Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS - Avenida General Osório, 413D, Edifício Mantelli, 3º andar, sala 3-1-B, Bairro Jardim Itália, CEP: 89802-265, Chapecó - Santa Catarina - Brasil.

Chapecó/SC, ____ de _____ de 2016.