

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

ANA GABRIELI SAUER

MOTIVAÇÕES DE MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO
CONSIDERANDO ASPECTOS DO RECÉM-NASCIDO

CHAPECÓ - SC
2021

ANA GABRIELI SAUER

**MOTIVAÇÕES DE MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO
CONSIDERANDO ASPECTOS DO RECÉM-NASCIDO**

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

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

CHAPECÓ - SC

2021

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Sauer, Ana Gabrieli
MOTIVAÇÕES DE MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR
PLANEJADO CONSIDERANDO ASPECTOS DO RECÉM-NASCIDO / Ana
Gabrieli Sauer. -- 2021.
59 f.

Orientadora: Doutora Joice Moreira Schmalfluss

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

1. Parto Domiciliar. 2. Trabalho de Parto. 3. Parto
Humanizado. 4. Recém-Nascido. 5. Pesquisa Qualitativa.
I. Schmalfluss, Joice Moreira, orient. II. Universidade
Federal da Fronteira Sul. III. Título.

ANA GABRIELI SAUER

**MOTIVAÇÕES DE MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO
CONSIDERANDO ASPECTOS DO RECÉM-NASCIDO**

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

Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca em: 19/05/2021

BANCA EXAMINADORA




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

Orientadora



Membro titular – Prof.^a M.^a Iasmim Cristina Zilio (UFFS)

Avaliadora 1



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

Avaliadora 2

Dedico este trabalho a minha mãe, exemplo e inspiração, mulher forte e revolucionária que, mesmo em meio a tantas dificuldades, sempre me ensinou a lutar pelos meus objetivos.

A todas as mulheres vítimas da violência obstétrica. Que um dia possam vivenciar partos e nascimentos respeitosos.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho representa diversos aspectos da minha vida, mas principalmente, é o marco de uma etapa finalizada. Etapa que sempre esteve repleta de desafios, os quais hoje consigo identificar como elementos que foram indispensáveis para a minha caminhada em busca de construir a profissional que desejo ser. Diversas pessoas fizeram parte desse caminho, porém eu não poderia deixar de agradecer algumas em especial.

A minha mãe, Eva, que sempre foi meu maior exemplo, mulher que transformou seu destino e sempre lutou incondicionalmente para revolucionar sua vida, convertendo todos os momentos ruins em aprendizado e me ensinando a nunca desistir. Em meio a tantas dificuldades mostrou que tudo podia se tornar realidade e, ainda mais, criou condições para que meus desejos se tornassem realidade. Se eu estou aqui hoje, o mérito é majoritariamente seu, você me ensinou a ser forte, me ensinou a empatia, a benevolência e todo o caminho que eu percorri também é para você. Sempre te amarei muito e irei te admirar mais que tudo.

A minha companheira, Letícia, que esteve presente em todos os momentos, bons e ruins, desses últimos anos de formação, sempre me dando apoio incondicionalmente, acreditando em mim, mesmo nos momentos que eu mesma não acreditava, nos momentos difíceis e comemorando os momentos de vitória ao meu lado, entendendo todos os momentos que não pude estar presente. Você é luz e eu sempre irei te amar.

Ao meu irmão, Luiz Fernando, que sempre me apoiou nas minhas escolhas, me incentivou, deu oportunidades e esteve presente em momentos de dificuldade para torná-los mais leves. Sempre irei me espelhar na sua força.

Ao meu animal de estimação, Mel, que todos os dias aguarda pacientemente a minha volta para casa e me recebe com a mesma alegria, demonstrando todo o seu amor e apoio, estando em todos os momentos do percurso ao meu lado, me confortando e incentivando apenas com um olhar. Amo você incondicionalmente.

A minha orientadora, professora Joice, que esteve presente em todos os momentos que precisei, me oportunizou vivenciar experiências inesquecíveis e acreditou em mim, tornando todos os momentos de orientação descontraídos e repletos de boas lembranças. Agradeço muito por esse processo nos aproximar, você se tornou uma amiga que quero levar por toda a vida e um dia espero me tornar uma profissional como você.

Aos amigos que fiz durante o processo de formação, todos vocês sempre tornaram tudo mais leve e repleto de momentos leves, com muitas risadas, tornando o caminho menos árduo.

Todos vocês tornaram esse momento possível e eu agradeço a cada um que participou dessa etapa.

RESUMO

Durante diversos anos as mulheres pariram seus filhos no ambiente domiciliar, tendo auxílio de parteiras tradicionais e acompanhadas de suas famílias. Com o passar do tempo, a evolução das tecnologias em saúde despersonalizou e medicalizou excessivamente o parto, se voltando para uma assistência iatrogênica na busca pelo controle de processos naturais. Nesse sentido, a retomada do parto domiciliar planejado busca resgatar os aspectos fisiológicos desse processo tão particular e proporcionar um tratamento respeitoso e humanizado para a mulher e seu recém-nascido. Diante do exposto, este estudo objetiva conhecer as motivações de mulheres pelo parto domiciliar planejado considerando aspectos do recém-nascido. São objetivos específicos analisar as características socioeconômicas e os dados obstétricos dessas mulheres e caracterizar informações sobre o processo de parturição e condições de nascimento dos recém-nascidos. Estudo qualitativo do tipo descritivo exploratório, realizado nos domicílios de mulheres residentes em municípios do oeste catarinense. Dez mulheres que planejaram e tiveram seus partos realizados no domicílio foram incluídas na pesquisa. A coleta de dados ocorreu em 2016, por meio de entrevistas semiestruturadas audiogravadas e informações da caderneta de gestante e de registros internos da equipe que prestou assistência às mulheres. Dados foram submetidos à análise de conteúdo. O estudo respeitou os aspectos éticos e foi aprovado sob parecer número 1.707.590 e CAAE 56837416.7.0000.5564. A análise dos dados destacou dois temas: “Reconstruindo o nascer” e “Respeito ao recém nascido”. A caracterização das participantes mostrou que as mulheres que optam por esse parto são, majoritariamente, jovens, casadas, com ensino superior completo e renda maior ou igual a cinco salários mínimos. A maior parte das entrevistadas teve mais de dez consultas de pré-natal, cinco eram primíparas e quatro tiveram partos anteriores, todos em ambiente hospitalar. Três mulheres tiveram intercorrências no trabalho de parto, parto e pós parto. A maior parte dos recém-nascidos apresentou apgar superior a oito no primeiro minuto e maior que nove no quinto minuto de vida. O primeiro tema abordou que a escolha pelo parto domiciliar planejado, na perspectiva do recém-nascido, se deu pelas experiências anteriores negativas, sendo relatadas pelas mulheres intervenções realizadas com seus filhos nas instituições de saúde, além da desumanização da equipe com o ser que acabara de nascer. Assim, as mulheres buscaram por opções e informações a fim de evitarem vivenciar essas experiências negativas novamente, desejando um momento familiar e acolhedor para receber seus filhos, cercadas por uma equipe que respeitasse suas escolhas. O segundo tema apontou

sobre as práticas respeitosas ao recém-nascido que predominam nos partos domiciliares planejados, como o respeito à *Golden Hour*, preconizando o contato pele a pele, a amamentação na primeira hora de vida, o clampeamento tardio do cordão e outras ações que proporcionam benefícios ao recém-nascido, além da não realização de intervenções desnecessárias que podem afetar o vínculo entre o binômio. Por fim, as mulheres demonstraram satisfação na escolha pelo parto domiciliar planejado, no contexto do recém-nascido, evidenciando essa modalidade de parir e nascer de forma natural, não intervencionista, que adota o respeito e a humanização e se pauta em evidências científicas.

Palavras chaves: Parto Domiciliar. Trabalho de Parto. Parto Humanizado. Recém-Nascido. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

For several years, women delivered their children in the home environment, assisted by traditional midwives and accompanied by their families. Over time, the evolution of health technologies has excessively depersonalized and medicalized childbirth, turning to iatrogenic assistance in the search for the control of natural processes. In this sense, the resumption of planned home birth seeks to rescue the physiological aspects of this very particular process and provide a respectful and humanized treatment for the woman and her newborn. Given the above, this study aims to know the motivations of women for planned home birth considering aspects of the newborn. Specific objectives are to analyze the socioeconomic characteristics and obstetric data of these women and to characterize information about the parturition process and birth conditions of newborns. Qualitative descriptive exploratory study conducted in the homes of women residing in municipalities in western Santa Catarina. Ten women who planned and delivered at home were included in the survey. Data collection took place in 2016, through semi-structured audio-recorded interviews and information from the pregnant woman's handbook and internal records of the team that provided assistance to women. Data were submitted to content analysis. The study respected ethical aspects and was approved under opinion number 1,707,590 and CAAE 56837416.7.0000.5564. The analysis of the data highlighted two themes: "Rebuilding the birth" and "Respect for the newborn". The characterization of the participants showed that the women who opt for this delivery are, mostly, young, married, with complete higher education and income greater than or equal to five minimum wages. Most of the interviewees had more than ten prenatal consultations, five were primiparous and four had previous deliveries, all in a hospital setting. Three women had complications during labor, delivery and postpartum. Most newborns had an apgar greater than eight in the first minute and greater than nine in the fifth minute of life. The first theme addressed that the choice for planned home birth, from the perspective of the newborn, was due to previous negative experiences, being reported by the women interventions carried out with their children in health institutions, in addition to the dehumanization of the team with the being who had ended up to be born. Thus, women searched for options and information in order to avoid experiencing these negative experiences again, wishing for a family and welcoming moment to receive their children, surrounded by a team that respected their choices. The second theme pointed out the respectful practices for the newborn that predominate in planned home births, such as respect for the Golden Hour, advocating skin-to-

skin contact, breastfeeding in the first hour of life, late cord clamping and other actions that provide benefits to the newborn, in addition to not performing unnecessary interventions that can affect the link between the binomial. Finally, women demonstrated satisfaction in choosing the planned home birth, in the context of the newborn, showing this mode of giving birth and being born in a natural, non-interventionist way, which adopts respect and humanization and is based on scientific evidence.

Key words: Home Childbirth. Labor, Obstetric. Humanizing Delivery. Newborn. Qualitative Research.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVO GERAL	16
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 REVISÃO DA LITERATURA	17
4 METODOLOGIA	20
4.1 TIPO DE ESTUDO	20
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	20
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	20
4.4 COLETA DE DADOS	21
4.5 ANÁLISE DE DADOS	22
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	23
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES	25
5.2 RECONSTRUINDO O NASCER	31
5.3 RESPEITO AO RECÉM NASCIDO	35
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	43
ANEXO 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	47
ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	49
ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	57

1 INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da humanidade o parto ocorria, prioritariamente, no ambiente domiciliar, sendo acompanhado por parteiras conhecidas da comunidade e pela família da mulher. No entanto, desde a introdução da maternidade institucionalizada, durante a Segunda Guerra Mundial, o nascimento passou a ser cercado por convenções rígidas, ignorando a individualidade de cada mulher e transformando o parir e nascer em algo patológico, com abuso de ações que deveriam ser usadas com parcimônia (BRASIL, 2017). A despersonalização praticada por alguns profissionais da saúde envolvidos na assistência obstétrica e as intervenções excessivas acabaram levando à desumanização do cuidado em saúde e ao fenômeno, atualmente, conhecido por violência obstétrica (KRUNO; DA SILVA; TRINDADE, 2017)

Juntamente com os avanços tecnológicos, surgiu a cesárea que, com real indicação, diminuiu as taxas de mortalidade materna e neonatal (GOMES; ABI RACHED, 2017 apud OLIVEIRA *et al.* 2016). Porém, com o passar dos anos, a taxa de cesarianas ultrapassou a taxa de partos normais, sendo em grande parte realizadas sem necessidade e apenas por conveniência (MASCARELLO; HORTA; SILVEIRA, 2017), expondo mulheres a riscos aumentados de infecção, uma recuperação mais demorada, além de também estar associada a piores desfechos neonatais, como o aumento de internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e mortalidade neonatal (GOMES; ABI RACHED, 2017).

O parto vaginal é a maneira mais segura e saudável de parir e nascer, tanto pelas inúmeras vantagens para a mulher, quanto para o recém nascido (RN), devendo ser estimulado por meio de uma assistência humanizada e de qualidade, indicando-se a cesariana apenas em casos de inviabilidade do parto ser vaginal (GOMES; ABI RACHED, 2017 apud PEREIRA *et al.* 2016). Além disso, a opção pelo parto vaginal está atrelada a benefícios como recuperação mais rápida da mulher e ausência de dor no pós parto, refletindo no vínculo do binômio (GOMES; ABI RACHED, 2017).

Por isso, nos últimos anos, Partos Domiciliares Planejados (PDP) têm se tornado uma tendência crescente entre as mulheres brasileiras. 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).

A insatisfação gerada pelo modelo obstétrico vigente, altamente hospitalizado, a rápida veiculação de informações na *internet*, a criação de políticas públicas que prezam pela humanização do parto e nascimento, a produção de evidências científicas em obstetrícia, e o desejo por um parto fisiológico e sem intervenções, com a presença de familiares que favoreçam e apoiem a escolha pelo PDP (KRUNO; DA SILVA; TRINDADE, 2017; CURSINO; BENINCASA, 2020; CASTRO, 2015) são fatores que têm contribuído para o aumento da procura pelo processo parturitivo e nascimento que acontece em ambiente domiciliar.

Nesse ínterim, por diversas vezes, as intervenções desnecessárias impostas pelas instituições de saúde não se limitam apenas às mulheres, se estendendo também ao RN que, mesmo nascendo saudável, é submetido a uma série de procedimentos desnecessários, pelos profissionais de saúde, tornando o momento de adaptação à vida extrauterina muito mais traumático do que seria normalmente (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

Tais práticas configuram a violência neonatal, sendo conceituada como toda intervenção que o RN é exposto sem real indicação e que o priva do contato precoce com sua família, distanciando-o de uma assistência adequada e humanizada (DO AMARAL; RIBEIRO, 2021). Entre essas ações consideradas iatrogênicas e impróprias cita-se o uso de oxigênio inalatório, aspiração das vias aéreas e gástrica e uso de incubadoras (GOMES *et al.*, 2021 apud MOREIRA *et al.* 2014). Na contramão, outras práticas são fortemente indicadas por seu impacto positivo na saúde do RN e referem-se ao contato pele a pele entre a mulher e o RN, a oferta do seio materno logo ao nascer e o aleitamento nas primeiras 24 horas de vida (GOMES *et al.*, 2021 apud BOCCOLINI *et al.*, 2013).

Diante do exposto, este estudo surge da necessidade de produzir conhecimento acerca dos aspectos que motivaram mulheres por essa modalidade de parir e nascer, considerando os fatores relacionados ao RN. Ainda, ressalta-se que a produção científica sobre esse assunto, principalmente no que tange o RN, é escassa. Além disso, a construção desse trabalho também desponta do desejo de discutir sobre os benefícios do PDP para o RN.

Pessoalmente e como futura enfermeira, ressalta-se que a inspiração em realizar essa pesquisa surgiu a partir de uma vivência que a autora teve em participar de um PDP, fato que propiciou admiração, principalmente por esse assunto nunca ter sido abordado durante a sua formação acadêmica. Ainda, a autora sempre demonstrou encantamento pela área

neonatólogica, tanto que está cursando seu último estágio da graduação em Enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Justifica-se este estudo pelo potencial de produção de conhecimento inédito, com possibilidades de impactos positivos no contexto e cenário do PDP. Ainda, acredita-se que esse estudo permitirá a compreensão de alguns aspectos que envolvem a escolha por essa forma de parir e nascer, gerando conhecimento sobre as motivações que levaram as mulheres a escolherem viver essa experiência, de forma a incentivar outras mulheres a aderirem a ideia.

Diante do exposto, tem-se a seguinte questão de pesquisa: quais são as motivações de mulheres pelo parto domiciliar planejado considerando aspectos do recém-nascido?

2 OBJETIVO GERAL

Conhecer as motivações de mulheres pelo parto domiciliar planejado considerando aspectos do recém-nascido.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar as características socioeconômicas e os dados obstétricos das mulheres que tiveram parto domiciliar planejado.

Caracterizar informações sobre o processo de parturição das mulheres que tiveram parto domiciliar planejado e as condições de nascimento dos seus recém-nascidos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Por muitos anos os partos foram realizados apenas por parteiras tradicionais, mulheres que faziam parte da família e da comunidade, embasadas em conhecimentos empíricos e que prestavam cuidados no domicílio à mãe e ao RN. Porém, ao final do século XIX, com os avanços da medicina, aos poucos o parto foi migrando do ambiente domiciliar para o ambiente hospitalar, sendo institucionalizado, deixando de prezar pela individualidade de cada mulher e família (SOUZA, *et al.*, 2019 apud MOURA, *et al.* 2007).

Nos últimos 20 a 30 anos temos vivido diversas mudanças no cenário obstétrico visando resgatar as características fisiológicas e naturais do processo com o objetivo de acabar com a medicalização excessiva do parir e nascer (BRASIL, 2017). Dessa forma, o parto tem deixado de ser um evento exclusivamente hospitalar, abrindo caminhos para a escolha do local em que a família se sente mais confortável. Com esses novos avanços, também observou-se o fortalecimento da atuação de outros profissionais, além do médico, como as enfermeiras obstetras, parteiras tradicionais e doulas (BRASIL, 2017).

Existem diversas literaturas científicas que apontam os benefícios das boas práticas obstétricas, seja no sentido de promoverem melhores resultados obstétricos e neonatais, ou demonstrando que intervenções desnecessárias podem ser altamente maléficas para o binômio. Em 2020, o índice de cesarianas no Brasil ainda se manteve superior a 50%, sendo que na rede privada a taxa foi de 88% e, na rede pública, chegou a 46% (CURSINO; BENINCASA, 2020). Dados apontam que nos anos de 2011 e 2012, no Brasil, quantificou-se uma das maiores taxas do mundo de cesarianas, isto é, 55,4% dos acompanhamentos realizados tiveram uma cirurgia de grande porte como desfecho.

Já em relação aos PDPs, esse desfecho apareceu em somente 5,7% a 9,0%. Além disso, a taxa de intervenções como a episiotomia em partos domiciliares foi de 0,0 a 1,0%, enquanto que no ambiente hospitalar, em mulheres com risco habitual, foi de 56,1% (KOETTKER; BRÜGGEMANN; KNOBEL, 2017). Outro estudo demonstrou que no PDP a taxa de amniotomia foi de 9,9%, de episiotomia 0,5% e que o líquido amniótico permaneceu claro em 95,2%, não constatando-se alteração dos batimentos cardíacos fetais em 94,3% dos acompanhamentos (KOETTKER; BRÜGGEMANN; KNOBEL, 2017). O mesmo estudo mostrou que as lacerações vaginais foram exclusivamente de primeiro e segundo grau, na maioria das vezes, não necessitando de sutura, 7,4% das mulheres foram transferidas durante o trabalho de parto e a taxa de cesárea foi de 9,9% (KOETTKER; BRÜGGEMANN; KNOBEL, 2017).

No Brasil, Koettker *et al.* (2018) discorrem que no ambiente domiciliar as taxas de parto normal são altas, com poucas intervenções e com uma baixa taxa de transferência antes, durante ou após o trabalho de parto e parto, com ênfase na baixa taxa de desfecho cesariana, considerando o alto número de mulheres com cesárea prévia.

No estudo de Leal e Gama (2012), intitulado “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento”, percebeu-se como a via de nascimento influencia no desenvolvimento da criança, podendo até despontar em risco aumentado de doenças como obesidade, asma, diabetes, alergia e outras doenças não transmissíveis. O estudo ainda demonstrou que, no Brasil, a proporção de nascimentos prematuros foi 55% maior que em países como a Inglaterra e País de Gales. Ademais, os nascimentos com 37 e 38 semanas apareceram em uma proporção elevada e apesar de não serem considerados prematuros, por vezes, não apresentando complicações imediatas, o nascimento antes das 39 semanas pode trazer impactos negativos, tendo inclusive maiores taxas de morbidade e mortalidade.

Dessa maneira, os partos domiciliares estão associados ao favorecimento de práticas de atenção mais humanizadas, permitindo a liberdade de escolha da família envolvida, entre elas a posição para o parto e o respeito às ações preconizadas na primeira hora após o nascimento (KOETTKER *et al.*, 2018). Mas, mesmo com evidências positivas, no Brasil, apenas o Hospital Sofia Feldman, localizado em Belo Horizonte, assiste a PDPs pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (KOETTKER; BRÜGGEMANN; KNOBEL, 2017), fato que dificulta o acesso a essa modalidade de parto e nascimento para a maioria da população brasileira.

Em virtude disso, o número de profissionais ativos, no movimento de humanização do parto e nascimento, que realizam o atendimento de PDP de forma particular é crescente, com destaque para as enfermeiras obstetras, classe que lidera na assistência no período gravídico-puerperal e que favorece as chances de partos espontâneos, diminuindo as intervenções desnecessárias (LEAL; GAMA, 2012). Cada vez mais, mulheres são atraídas por esse tipo de assistência humanizada, livre de violências, com autonomia para escolher os participantes desse processo da forma que se volte para algo natural e familiar (KOETTKER *et al.*, 2018; FEYER; MONTICELLI; KNOBEL, 2013).

No estudo de Kruno, Da Silva e Trindade (2017), que buscou saber os motivos pelos quais as mulheres optaram pelo PDP, evidenciou-se a questão da oposição quanto às práticas de rotina aplicadas nos centros obstétricos, sejam aquelas realizadas com as próprias mulheres, tais como a episiotomia e a manobra de Kristeller, quanto práticas realizadas com o bebê, como o corte precoce do cordão umbilical, a aspiração das vias aéreas de rotina, a

aplicação do nitrato de prata, entre outras. Tais intervenções, muitas vezes, interferem a curto, médio e longo prazo na saúde do RN.

4 METODOLOGIA

A seguir, apresenta-se a metodologia utilizada para alcançar o objetivo proposto, abordando informações sobre o tipo e cenário do estudo, participantes, coleta e análise dos dados e aspectos éticos.

Ressalta-se que o presente estudo é fruto de um projeto maior intitulado “Motivos e vivências de mulheres que optaram pelo Parto Domiciliar Planejado no oeste catarinense”, desenvolvido em 2016.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratório. Optou-se pelo delineamento qualitativo, pois este 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 *et al.*, 2018).

Segundo Gil (2017), a pesquisa descritiva objetiva descrever as características de certa população, estabelecendo possíveis relações entre as variáveis. Já o estudo exploratório objetiva oportunizar uma maior aproximação com o problema estudado, possibilitando explicitar ou construir hipóteses (GIL, 2017).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Configurou-se cenário do estudo os domicílios das mulheres entrevistadas, sendo estes localizados em Chapecó e cidades da região oeste catarinense. Tal região foi escolhida por concentrar os PDP e, também, por facilitar o deslocamento das autoras para a coleta de dados.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Dez mulheres que planejaram e tiveram seus partos realizados domiciliarmente na cidade de Chapecó e região oeste de Santa Catarina foram as participantes do estudo, sendo que a teoria de amostragem por saturação de Turato (2013) foi aplicada durante a coleta de dados, que foi finalizada quando, após um determinado número de sujeitos, os dados produzidos começaram a apresentar repetições em seu conteúdo, com poucos ou nenhum adicional ao objetivo delineado inicialmente.

Como critérios de inclusão adotou-se: mulheres que permaneceram durante todo o trabalho de parto e parto no domicílio. E como critérios de exclusão, utilizou-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, estas mulheres foram excluídas por atrelar a assinatura de um termo pela gestante, o que demandaria a necessidade de autorização de um responsável legal por ela.

O acesso às participantes da pesquisa deu-se mediante uma lista fornecida pela equipe de enfermeiras obstetras que atendia os PDP na época de coleta de dados, onde continham informações pessoais e de contato telefônico e eletrônico das mulheres atendidas.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados abrangeu a realização de entrevistas semiestruturadas individuais que foram orientadas por um roteiro (ANEXO 1), entre os meses de setembro e novembro de 2016, sendo aplicadas pelas acadêmicas que desenvolveram a pesquisa base (ZILIO, 2016; MACHADO, 2016). Após a primeira entrevista, o roteiro passou por modificações com o acréscimo de quatro questões.

Além das entrevistas individuais, as informações foram complementadas com dados da caderneta de gestante e registros internos da equipe que atendeu o PDP. Os dados da caderneta de gestante foram acessados com as mulheres entrevistadas.

A aproximação inicial com as mulheres foi realizada via telefone e aplicativo de troca de mensagens instantâneas no *smartphone* da pesquisadora responsável, a partir de uma lista de contatos fornecida pela equipe, a fim de convidá-las para participar do estudo. Não houveram recusas. A partir do aceite das participantes, um encontro para a entrevista foi agendado, 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 audiogravadas com o auxílio de um gravador digital disponível em *smartphones*, sendo armazenadas no computador da pesquisadora responsável e, posteriormente, transcritas literalmente por meio do 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 DE DADOS

A análise dos dados ocorreu mediante análise de conteúdo de Bardin (2011). Esta análise considera um conjunto de técnicas utilizadas com o propósito de atingir por meio da “descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos” a circunstância estudada (BARDIN, 2011).

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. Foi realizada a leitura flutuante e escolha de documentos, respeitando questões como a exaustividade, homogeneidade e pertinência dos dados. Posteriormente, foi feita a referenciação dos índices e a elaboração dos indicadores, e finalmente, a preparação do material.

- exploração do material: consistiu em operações de codificação, em virtude de regras previamente formuladas. A organização da codificação compreendeu 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: permitiu classificar as informações obtidas. Foi a etapa em que se realizam as inferências e interpretações, relacionando-as mutuamente com o objetivo da pesquisa.

Desta forma, 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 resultou na formação das categorias intermediárias e, a partir da composição das categorias com as suas devidas unidades de registro, formou-se os temas.

Assim, como categorias intermediárias foram estabelecidas: experiências negativas anteriores com os filhos, busca por informação, recordações/memórias afetivas, construção sobre o parto com o filho mais velho, ambiente acolhedor/familiar, comodidade, respeito à autonomia/decisão, liberdade, contato pele a pele e respeito à Golden Hour (Hora Dourada), aleitamento materno/amamentação na primeira hora de vida, distanciamento do bebê, procedimentos com o RN e repercussões do nascimento no RN. Estas categorias resultaram na elaboração de dois temas, sendo eles: reconstruindo o nascer e respeito ao recém nascido (queria que ninguém manipulasse ele de uma forma bruta).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos legais da Resolução de número 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde foram respeitadas no decorrer da pesquisa (BRASIL, 2012a). Assim, o projeto que originou esse TCC passou por uma banca de qualificação e foi avaliado por três docentes. Após, encaminhado ao CEP/UFS para parecer, aprovado dia 01 de setembro de 2016, sob o CAAE 56837416.7.0000.5564 e parecer número 1.707.590 (ANEXO 2).

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 3), 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 foram nomeadas com a letra P de participante e o número correspondente a sua entrevista, de um a dez (P1, P2, ...). Estas receberam todas as informações sobre os objetivos da pesquisa, a justificativa e os procedimentos para a coleta de dados. Também foram informadas sobre a participação voluntária e possibilidade em recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo a si. A garantia de anonimato e sigilo das informações foi reforçada, além de ser feito o esclarecimento sobre a ausência de custos. Falou-se sobre 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, cada 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, 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 livre para explicar sobre os fatores adversos do seu PDP, caso existissem.

O local onde a entrevista foi aplicada proporcionou privacidade e tranquilidade para o encontro entre a entrevistada e as acadêmicas, bem como para a coleta 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

Nesta seção do estudo delinea-se a caracterização das participantes e a discussão dos resultados encontrados de forma a responder os objetivos traçados.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Para caracterizar as participantes do estudo, foram incluídas questões de identidade e sociodemográficas, contendo informações sobre idade, estado civil, escolaridade, crenças/religião, renda familiar, cidade em que vivem e grau de instrução. Além disso, também foram coletados dados obstétricos como o número de consultas pré-natal, gestações anteriores, trabalho de parto, parto, puerpério imediato e outras informações relevantes do PDP.

As informações quanto à idade, estado civil, escolaridade, religião/crença e renda são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização das entrevistadas

Caracterização das entrevistadas										
Entrevistada	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Idade	26	25	30	31	33	26	28	26	26	27
Estado civil	Casada	Casada	Casada	Casada	Casada	União Estável	Casada	Casada	Casada	Casada
Escolaridade	3º Grau	2º Grau	3º Grau	3º Grau	3º Grau	3º Grau	3º Grau	3º Grau	3º Grau	2º Grau
Religião Crença	Católica	Cristã /Evangélica	Evangélica /Cristã	--	Espiritualizada	---	Espírita Católica	Católica não praticante	Católica	Evangélica
Renda	3	2-4	2	8	10	3	6-7	5	6	4

Fonte: elaborada pela autora (2021)

*Renda em salários mínimos, na época de coleta dos dados, fixado em R\$ 880,00

** 2º Grau: ensino médio completo

*** 3º Grau: ensino superior completo

As dez participantes do estudo apresentaram idade que variou de 25 a 33 anos, com média de 27,6 anos e predominância no intervalo de 25 a 29 anos. Em discordância, o estudo de Colacioppo *et al.* (2010) revelou que a maioria (52,8%) das mulheres que optaram pelo PDP tinham entre 30 a 35 anos, seguidas das mulheres com idade entre 25 a 30 anos, representando 30% da população estudada. Na pesquisa de Castro (2015), a média de idade entre as entrevistadas foi de 32 anos, sendo que a entrevistada mais jovem tinha 25 anos e, a mais velha, 42 anos. Já o estudo de Koettker, Brüggemann e Knobel (2017) apontou que a idade média das mulheres foi de 24 a 28 anos, representando 38,5% da população estudada, sendo que 34,6% tinham entre 29 e 33 anos. Na pesquisa de Santos *et al.* (2018) a média de idade entre as entrevistadas foi de 31,6 anos.

Os dados relacionados ao estado civil mostraram que 90% das participantes são casadas e apenas 10% vivia em união estável. Informações semelhantes foram encontradas por Colacioppo *et al.* (2010), sendo que a maioria das participantes eram casadas (97,1%). Em consonância, no estudo de Santos *et al.* (2018) a maioria das entrevistadas também tinha parceiros estáveis, sendo que 90,9% eram casadas ou mantinha união estável e 9,1% eram solteiras ou divorciadas.

Quanto ao nível de escolaridade, oito das dez entrevistadas tinham o ensino superior completo e apenas duas tinham o ensino médio completo. Em consonância, Colacioppo *et al.* (2010) discorreu que 62,8% das participantes do estudo tinham o ensino superior completo. Castro (2015) apresentou em seu estudo que 95% das entrevistadas tinham o ensino superior completo. Koettker, Brüggemann, Knobel (2017) demonstraram que 46,7% das mulheres tinham ensino superior completo. No estudo subsequente, Koettker *et al.* (2018) apresentou que, dentre as participantes, 83,2% tinham o ensino superior completo. Santos *et al.* (2018) também demonstrou em seu estudo que a maioria das mulheres têm o ensino superior completo, perfazendo 87,9% delas, 8,1% tinham o ensino médio completo, 3% estavam concluindo o ensino superior e apenas 1% tinha o ensino médio incompleto.

Referente à religião/crença, duas das participantes se declararam católicas, uma católica não praticante, quatro evangélicas e uma espírita católica. Uma referiu não ter religião, mas era espiritualizada, e outra afirmou não ter religião. Cursino e Benincasa (2020) trazem que, em sua maioria, casais que optam pela experiência do PDP são espiritualizados, incorporando em seu dia a dia práticas de cuidado a si e ao ambiente, não necessariamente tendo uma crença nomeada.

Em relação às condições socioeconômicas, a maioria das entrevistadas possui renda familiar mensal superior ou igual a cinco salários mínimos (60%), ficando entre dois e dez no geral.

Os dados relacionados ao parto são apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 – Caracterização quanto aos dados do parto

Caracterização quanto aos dados do parto										
Entrevistada	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Nº consultas	10	9	11	11	11	--	11	+10	5	12
Nº de gestações	G2 P2	G2 P1 A1	G2 P1 C1	G1 P1	G1 P1	G1 P1	G1 P1	G2 C1 P1	G1 P1	G3 P3
Nascimento anterior	Hospital	--	Hospital	--	--	--	--	Hospital	--	Hospital
IG	40+6	39+3	40+5	40+2	41+1	40+5	40+6 dias	40+6	40+5	41+2
Duração	4h30 min	6h20min	10 h	4h	5h30min	6h	5h	7h30 min	5h	3h 30min
Bolsa amniótica	Sem dados	7h50min de BR - LAC com grumos	BR Expulso - Mecônio terminal	BR Expulso - Mecônio Terminal	2h55min de BR - LAC com grumos	BR no expulsivo - LAC com grumos	5h55 min de BR - LAC com grumos	55min de BR - LAC	Sem registro de tempo de BR - LAC	BR no expulsivo
Ambiente	Quarto	Sala	Sala	Quarto	Quarto	Cozinha	Quarto	Sala	Sala	Quarto
Posição	Cócoras	Semi sentada	Sentada	Quatro apoios	Sentada	Quatro apoios	Sentada	Quatro apoios	Sentada	Cócoras
Dequitação	30 min	30 min	30 min	48 min	50 min	28 min	30 min	30 min	26 min	45 min
Intercorrência	Não	Não	Hipoglicemia durante o parto	Não	Não	Não	Não	Edema de colo e hemorragia após dequitação	Hemorragia	Não

Fonte: elaborada pela autora (2021)

*Nascimento anterior: Se refere ao local de nascimento dos filhos nas gestações anteriores.

**Duração da fase ativa do parto.

***Ambiente: em qual cômodo da casa ocorreu o nascimento.

**** Bolsa Amniótica: condições da bolsa no momento do parto (LAC: Líquido Amniótico Claro - BR: Bolsa Rota)

*****Dequitação: tempo de dequitação da placenta.

Das entrevistadas, 90% referiram terem realizado mais de seis consultas pré-natal, conforme preconiza o Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2012b), sendo que a maioria realizou mais de dez consultas. Achados semelhantes foram encontrados por Koettker, Brüggemann e Knobel (2017), onde 83% das participantes tiveram um número maior ou igual a seis consultas de pré-natal. Em um estudo subsequente, Koettker *et al.* (2018) pontuou que a maioria das participantes realizaram mais de seis consultas, representando 89,1% da população estudada. Já no estudo desenvolvido por Colacioppo *et al.* (2010), 45% das mulheres realizaram de uma a três consultas e 41,4% de quatro a seis consultas, sendo que apenas 13,6% realizaram mais de seis consultas.

Na presente pesquisa, 50% das mulheres eram primíparas e 50% multíparas, sendo que uma apresentou antecedente obstétrico de abortamento. Estes números convergem com o estudo de Colacioppo *et al.* (2010), onde 54,3% das mulheres eram nulíparas e 45,7% multíparas. Números semelhantes ao estudo de Santos *et al.* (2018), onde 45,5% das mulheres eram nulíparas e 54,5% tinham, pelo menos, um filho. Koettker, Brüggemann, Knobel (2017), em seu estudo, concluíram que 67,9% eram primíparas e 32,1% multíparas. Na amostra de Koettker *et al.* (2018) 55,8% eram nulíparas, 28,6% tinham tido um ou mais partos normais, 11,9% já tinham realizado cesária e 3,7% já tinham passado pelos nascimentos por via alta e via baixa. Santos *et al.* (2018) também evidenciou que 61,1% tiveram parto vaginal, 33,3% tiveram cesarianas e 5,6% tiveram ambas as experiências.

Em relação ao tipo de parto anterior das mulheres com histórico de outra gestação, 40% tiveram parto vaginal e 40% tiveram cesárea. Todos os partos anteriores foram vivenciados no ambiente hospitalar, podendo-se afirmar que em todos os casos foi a primeira experiência das entrevistadas com o PDP. Em comparação, os resultados obtidos por Castro (2015) apontaram que 47,7% das mulheres tinham história de parto hospitalar anterior, 14,3% tiveram mais de um parto domiciliar e 38% tiveram o primeiro parto no domicílio. No estudo de Koettker, Brüggemann e Knobel (2017) 10,4% das mulheres tiveram PDP anterior.

Ao entrar em trabalho de parto, 70% das mulheres estavam com 40 semanas completas de idade gestacional, sendo que as semanas variaram de 38 e 3 dias a 41 semanas e

2 dias. No estudo de Colacioppo *et al.* (2010), as participantes pariram com 37 a 40 semanas em 78,6% dos casos e com 41 semanas ou mais em 21,4% dos casos. A pesquisa de Koettker *et al.* (2018) mostrou que 45,5% das mulheres estavam com idade gestacional entre 37 e 39 semanas e 49,6% com idade gestacional entre as 40 e 41 semanas.

Já sobre a fase ativa do trabalho de parto, a duração média foi equivalente a cinco horas, sendo que o menor tempo correspondeu a duas horas e o mais longo a dez horas. A duração mínima da fase ativa do trabalho de parto foi de três horas e 30 minutos, enquanto a duração máxima foi de dez horas, tendo um tempo médio de seis horas. Em comparação, Santos *et al.* (2018) evidenciaram que 45% das mulheres tiveram a duração da fase ativa do trabalho de parto inferior a três horas e 59 minutos, 28,8% entre quatro e cinco horas e 59 minutos, 15% de seis a oito horas e 59 minutos e apenas 11,2% tiveram mais de oito horas de duração desse período clínico do parto.

Em 50% dos partos a bolsa rompeu no período expulsivo. Em apenas um caso o líquido amniótico apresentou mecônio terminal, nos outros casos, inclusive nos que tiveram bolsa rota (BR) durante o trabalho de parto, o aspecto do líquido amniótico era claro (LAC). Em um caso não foi obtido registro sobre as características do líquido amniótico. O tempo mínimo de BR foi de 55 minutos, enquanto o tempo máximo foi de sete horas e 50 minutos. Em seu estudo, Koettker *et al.* (2018) verificaram a integridade da bolsa amniótica até o período expulsivo em 17,5% das gestantes e Santos *et al.* (2018) complementou que em 60,6% dos casos houve amniorrexe, sendo as características do LAC, em 84,8% dos casos, claro e em 9,1% das vezes meconial.

Quanto ao ambiente no qual ocorreu o parto, 50% aconteceu no quarto, 40% na sala e 10% na cozinha. Sobre a posição no momento da parturição, 40% estavam sentadas, 30% de quatro apoios, 20% de cócoras e 10% semi sentada. Todas posições verticalizadas foram escolhidas pelas próprias mulheres, na ocasião do período expulsivo. No estudo de Colacioppo *et al.* (2010), 40,9% das mulheres pariram em posição sentada, 10,6% de cócoras, 10,6% semi sentada e 6,1% de quatro apoios. Já na pesquisa de Koettker *et al.* (2018) as posições mais adotadas foram cócoras sustentada/na banquetta, sentada/semisentada e quatro apoios/genupeitoral.. Santos *et al.* (2018) apresentaram em seus dados que 32,5% dos partos ocorreram na posição semi-sentada, na água/ajoelhada na água, 11,2% em gaskin na água/cócoras na água, 11,2% em gaskin/genupeitoral, 37,5% de cócoras/sentada na banquetta de parto e 6,3% em decúbito lateral/semi sentada.

A placenta dequitou em menos de 30 minutos em 70% dos casos, sendo que nos outros 30% o tempo máximo de dequitação foi de 50 minutos. O menor tempo foi 26 minutos e o maior foi 50 minutos.

Referente a intercorrências com a mulher, em 10% dos casos ocorreu hemorragia, em 10% a hemorragia foi acompanhada de edema de colo e 10% teve hipoglicemia no trabalho de parto. Em 70% dos casos o trabalho de parto cursou sem nenhuma intercorrência.

Informações com relação às condições do RN encontram-se detalhadas no Quadro 3.

Quadro 3 – Caracterização quanto às condições do RN

Caracterização quanto às condições do RN										
Entrevista	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Apgar	8/9	10/10	8/9	7/8	10/10	7/8	8/9	8/9	8/9	10/10
Necessidade de reanimação	Não	Não	Não	Secagem, estímulo tátil e oferta de O2 a 2ml/l devido a gemência .	Não	Estímulo Tátil	Estímulo Tátil 2x mudança de posição + aquecimento)	Não	Secagem e estímulo tátil	Não
Amamentação na primeira hora (Hora de ouro)	Sim	Sem dados	Sim	Sim, cordão	Sem dados	Sem dados	Sim	Sim, clampamento tardio	Sem dados	Sim
Intercorrência	Não	Não	Mecônio Terminal	Mecônio terminal	Não	[Distócia de ombros - mão esquerda na face - com necessidade de desprendimento dos acromiões pela parteira]	Não	Bradicardia fetal no expulsivo BCF 60	Não	Não

Fonte: elaborada pela autora (2021)

No que se refere aos bebês, o apgar no primeiro e quinto minuto de vida de 40% deles foi 10/10 (dez no primeiro minuto e dez no quinto minuto de vida), 40% foi classificado com apgar 8/9 e 20% com apgar 7/8. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Santos *et al.* (2018).

Quanto aos cuidados logo ao nascer, 40% dos RN não recebeu nenhum tipo de intervenção, 20% foram apenas secados, 10% recebeu estímulo tátil, 10% recebeu secagem e estímulo tátil, 10% secagem e estímulo tátil e oferta de oxigênio a 2ml/l devido à gemência e 10% recebeu estímulo tátil e, após três minutos, outro estímulo e mudança de posição, juntamente com aquecimento.

Dentre eles, 60% foi amamentado logo na primeira hora de vida, enquanto os outros 40% não se tem dados sobre. No estudo de Santos *et al.* (2018) o contato pele a pele ocorreu em 87,5% dos casos e a amamentação na primeira hora de vida ocorreu em 81,3% dos casos.

Intercorrências quanto ao RN no trabalho de parto, parto ou pós-parto concluíram que em 20% dos casos houve mecônio terminal, uma distócia de ombros com mão na face e necessidade de desprendimento de acrômios pela enfermeira obstetra e uma bradicardia fetal no expulsivo, sendo que em 60% dos casos não ocorreu nenhuma intercorrência com o RN.

5.2 RECONSTRUINDO O NASCER

Dentre as dez participantes do estudo, cinco relataram gestações anteriores e, a partir de seus desfechos gestacionais, seja por parto ou cesárea, reportaram lembranças negativas ao momento do nascimento dos filhos, como percebe-se nas falas a seguir:

[...] o trauma [...] foi levarem a (bebê) sem eu ficar perto dela durante 4 horas, e aquilo pra mim foi a maior tortura da vida, não saber com quem tava a (bebê) [...] (P3)

[...] eu não queria passar pela situação que eu passei [...] ficar longe da neném, eu fiquei [...] meia hora e [...] vi elas passeando com a minha neném lá dentro e eu querendo pegar ela [...] (P10)

Estes dados, infelizmente, não surpreendem em partos hospitalares. No estudo de Lansky *et al.* (2019), que abrangeu 555 mulheres, 166 (29,9%) não tiveram contato pele a pele imediato com o seu bebê e 243 (43,7%) não tiveram contato pele a pele na primeira hora de vida. Dados semelhantes também foram encontrados na pesquisa de Andrade *et al.* (2016) onde 284 (15%) mulheres não tiveram contato pele a pele com o RN na primeira hora de vida,

demonstrando atos de violência e privação sofridos na ocasião do parto que também não foram diferentes nos momentos seguintes ao nascimento, como observa-se no relato:

[...] quando eu vi eles dando banho na (bebê) eu chorei [...] é muito desumano o que fizeram com a minha filha [...] a enfermeira com luva lavando ela embaixo de uma torneira, botando ela na caminha como se ela fosse [...] um pedaço de carne [...], aquilo me doeu tanto (chorando)[...](P3)

Essa fala evidencia que em muitos momentos a atenção ao RN se desenha de uma maneira violenta, caracterizando a violência neonatal, intrínseca em muitas instituições, perpetuando a ideia de que o RN é propriedade da equipe, ainda não sendo um ser passível de sentimentos, sendo submetido a diversas intervenções sem que haja necessidade, tendo como consequências o retardo do contato com a sua família e prejuízos na formação do vínculo (DO AMARAL; RIBEIRO, 2021).

Devido a isso, tanto as entrevistadas que vivenciaram essas experiências quanto as que sabiam da possibilidade de passar por essas situações, buscaram informações para se instrumentalizar e ter a possibilidade de vivenciar uma experiência totalmente inversa, conforme contam:

[...] queria que ninguém manipulasse ele de uma forma bruta [...](P7)

Eu queria um parto diferente do que foi o do (primeiro bebê) [...] depois de eu ter pesquisado, eu vi como era triste [...] um nascimento assim [...] o bebê é [...] tirado na hora que ele não estava pronto pra sair[...] (P8)

Nos últimos anos, os PDPs têm apresentado um crescimento importante, estando atrelado à insatisfação das mulheres com a assistência à saúde, bem como com o cenário obstétrico instaurado nas instituições, associada a intervenções. Por isso, a rápida disseminação de informações virtuais, a produção de conteúdos científicos voltados para a obstetrícia e aos avanços nas políticas públicas que defendem e tentam garantir a humanização do parto e nascimento prezam por um parto fisiológico e sem intervenções, fortalecendo o desejo das mulheres vivenciarem o PDP junto de familiares que favoreçam e apoiem a sua escolha (KRUNO; DA SILVA; TRINDADE, 2017; CURSINO; BENINCASA, 2020; CASTRO, 2015), criando memórias afetivas a partir desse momento. Isso está estampado na fala a seguir:

eu via aqueles vídeos na internet, as mães tão felizes, já pegavam o neném e já ficavam com ele ali, não tiravam dela [...] e, foi por isso, [...] porque eu queria ter [...] uma lembrança bonita, igual essas mães dos vídeos que eu vi [...] (P10)

Evidenciou-se que, após adquirir as informações, uma participante manifestou a vontade de mudar o desfecho do seu parto e nascimento do seu segundo filho, conforme relata:

minha cabeça naquela época que eu engravidei era outra, do meu primeiro filho [...] naquela época eu fui corajosa, agora não, agora [...] eu tive força, tive vontade de fazer diferente pro meu filho (P8)

O Ministério da Saúde (2017) preconiza que as gestantes sejam informadas sobre todas as possibilidades acerca do parto, incluindo os baixos riscos associados ao parto vaginal, todos os direitos previstos pela legislação do SUS, locais pelos quais elas podem optar para vivenciar o momento do trabalho de parto e parto. Todas estas informações visam que as gestantes tenham condições de decidir, embasadas por conhecimentos científicos, sendo dever do profissional de saúde apoiá-la em suas decisões.

Porém, Cursino e Benincasa (2020) problematizam que, na maior parte das vezes, as mulheres não recebem estas informações durante o acompanhamento pré-natal, por parte dos profissionais da saúde. Dessa forma, os mesmos autores evidenciam que uma das características de mulheres que optaram pelo PDP foi o acesso diário à *internet* com buscas por informações sobre benefícios para si e para o bebê, demonstrando uma associação direta a informações adquiridas em meios de comunicação digitais. Ademais, citam que uma das formas de conhecimento acerca do PDP ocorre por meio de outras mulheres que vivenciaram a experiência e relataram suas vivências no seu meio social (CURSINO; BENINCASA, 2020).

Unido a isso, acredita-se que mulheres que recebem informações de qualidade se interessam mais pelo desejo de tornar o momento do parto ímpar e cheio de memórias positivas, a ponto de ressignificar o momento do parto nos presentes, incluindo um filho mais velho, de acordo com a demonstração desse relato:

e eu queria que fosse diferente com o(bebê), queria [...] uma coisa mais calorosa, queria ter essa lembrança [...] tanto pra mim, quanto

para o mais velho, [...] construir nele [...] desde agora [...] uma visão diferente do que é nascer.” (P8)

Nesse ínterim, o aspecto que envolve a presença de outras pessoas no cenário do PDP é elemento importante. No dia do processo parturitivo e nascimento podem estar presentes e vivenciarem esses momentos com a gestante pessoas importantes e escolhidas por ela, tornando o evento familiar e acolhedor, envolto de diversos sentimentos, de maneira que isso não ocorreria em um ambiente hospitalar:

[...] é um ambiente mais acolhedor pro bebê [...] não tem aquela coisa toda de ir pro hospital, voltar pra casa, todo aquele transtorno [...] (P1)

[...] e a gente queria que ela (bebê) tivesse cercada num ambiente bem familiar” (P2)

As falas evidenciam os aspectos que envolvem o ambiente. Nesse contexto, Cursino e Benincasa (2020) salientam a importância do preparo físico e simbólico do ambiente, envolvendo também um preparo emocional para receber o RN e vivenciar a transformação familiar. Infere-se que um ambiente tranquilo possui potencial para proporcionar uma chegada aconchegante.

Também pontua-se a liberdade da mulher em poder fazer o que tiver desejo durante o pós-parto, o fato dela estar em casa, em um ambiente conhecido e com a devida comodidade, estar em seu lar e com as pessoas importantes para si, não precisando se submeter a uma rotina diferente e imposta por outras pessoas, todas estranhas ao seu convívio. Tais fatores foram expressos na fala:

[...] a liberdade que a gente tem na hora do parto em casa e o bem estar do meu filho, [...] ter aquela coisa da gente acabar o parto e depois de algumas horas [...] eu, meu marido e meu filho ir pro quarto, dormir nós três isso não tem preço que paga (P9)

No estudo de Kruno, Da Silva e De Oliveira Trindade (2017), é ressaltada a questão da liberdade como um forte fator associado à escolha pelo PDP, podendo as mulheres vivenciarem as transformações do trabalho de parto e parto e tudo que ele implica no âmbito feminino, em um ambiente privado e aconchegante, onde se sintam seguras para ter essa experiência de maneira completa. O fato dela estar em um lugar que é seu e estender esta

possibilidade ao seu RN, é fato impossível de ser oferecido, independente dos serviços e estrutura que a instituição oferece.

Dessa forma, as participantes relataram como outros fatores o respeito à escolha sobre as ações que seriam realizadas com o filho, evitando iatrogenias que costumam ocorrer no ambiente hospitalar e prezando, prioritariamente, pelo bem estar do RN, optando por um nascimento extremamente natural e com respeito às escolhas:

o que me levou a pensar nisso foi o bem estar mesmo do meu filho, então eu queria que fosse a forma mais natural possível, não queria ir pro hospital e ter que ficar brigando ou ter que me expor e ficar lá e pedir assim “ah não façam isso, não façam aquilo [...]” (P9)

Esse trecho denota a necessidade de respeitar a prática baseada em evidências nas instituições de saúde, considerando a evidência científica aliada à prática profissional e às preferências da paciente, evitando a realização de medidas desnecessárias por falta de conhecimento ou de destreza. Destaca-se que tais medidas, quando não indicadas ou realizadas erroneamente podem acabar por ferir as preferências da paciente, deixando-se de prestar uma assistência que realmente promova os melhores resultados (DANSKI, 2017).

Diante do exposto, a partir da discussão em pauta, foi possível perceber que, para metade das participantes, o fato de terem a oportunidade de reconstruírem a forma de nascer de seus filhos é motivo de extrema importância e o respeito ao RN perpassa por todos os fatores exemplificados.

5.3 RESPEITO AO RECÉM NASCIDO

No ano de 2002, foi criado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de diminuir as taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, melhorar o acesso das gestantes ao pré-natal, assistência ao parto, puerpério e ao RN, estimular a capacitação dos profissionais para prestar uma assistência humanizada preconizando práticas que proporcionem segurança e saúde ao binômio mãe-bebê e estimular os projetos de capacitação de parteiras tradicionais (BRASIL, 2002). Ainda, almeja-se o incentivo a um atendimento obstétrico integral que garanta os direitos de escolha da mulher, considerando assistência qualificada na ampliação do acesso das mulheres e dos RNs, com o parto realizado a partir de intervenções mínimas (MALHEIROS, *et al.*, 2012; SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011; DE CASTRO, *et al.*, 2005; FERRARI *et al.*, 2014).

Na perspectiva do RN, diversas vezes foi dada ênfase aos aspectos biomédicos e técnicos, sendo que logo nos primeiros momentos de vida ele costuma ser submetido a intervenções desnecessárias, sendo tomado como “propriedade” da equipe. Dessa maneira, o evento do nascimento é visto como algo da equipe e não considera os aspectos importantes entre a mãe e o filho, tal como o primeiro contato e o estabelecimento do primeiro vínculo entre ambos.

A questão da humanização da assistência ao RN implica em modificação das ações e de protocolos para que o nascimento se torne o menos medicalizado possível, utilizando práticas assistenciais que assegurem “a integridade física e psíquica deste ser frágil e requerente de cuidados, levando em consideração o processo de mudanças na busca da homeostasia na vida extra-uterina” (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

O Ministério da Saúde (2017) preconiza que os cuidados imediatos com o RN de baixo risco, após o nascimento, se restrinjam ao estritamente necessário, ou seja, enxugar, aquecer, avaliar e entregá-lo para a mãe a fim de proporcionar um contato íntimo e precoce, olho no olho, pele a pele, e que todos os outros cuidados sejam realizados após o contato da mãe com seu filho (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

Tais ações puderam ser vivenciadas integralmente pelo binômio, no PDP, como a amamentação e o contato pele a pele logo após o nascimento, isto é, o respeito a *Golden Hour*, estar a todo momento com o filho junto de si, conforme falas expressadas a seguir:

nasceu [...] veio no meu peito, ele mamou, ele tava ali comigo o tempo todo [...] eu tive o primeiro contato pele a pele ele ficou ali até a “bolsa” nascer, o cordão umbilical só foi cortado depois que parou de pulsar, foi o meu esposo que cortou [...] (P4)

queria uma coisa assim [...] deixar pertinho sabe [...] eu me planejei sabe muito para isso (P6)

[...] E pela amamentação, queria que ele tivesse o primeiro contato comigo e ficasse ali, coisa que eu não ia ter no hospital. (P7)

O conceito “*Golden Hour*” ou “*Hora de Ouro*” foi introduzido, inicialmente, no trauma e agora também é utilizado em neonatologia, se referindo aos primeiros 60 minutos da hora de vida do RN, objetivando a minimização de complicações posteriores e utilizando intervenções baseadas em evidências para garantir a melhor evolução do paciente (SHARMA, 2017). Esse termo tem como elementos de suma importância o clampeamento tardio do cordão umbilical, o contato pele a pele por pelo menos uma hora, a realização de avaliações

do recém-nascido no colo materno, o adiamento de tarefas não urgentes, como o banho e o início precoce da amamentação. Estas ações visam contribuir para a termorregulação neonatal, diminuição de níveis de estresse na mulher e no RN e otimização do vínculo entre mãe-bebê, estando diretamente ligadas ao aumento das taxas e da duração da amamentação (NECZYPOR; HOLLEY, 2017).

Sobre o clampeamento tardio do cordão umbilical, estudos apontam que tal prática está associada a uma maior concentração de hemoglobina e menor incidência de anemia nos meses subsequentes ao nascimento. Logo, as práticas obstétricas, particularmente o momento do clampeamento do cordão umbilical, podem afetar o volume de sangue transferido da placenta para o RN e, conseqüentemente, interferir no volume total de ferro. Dessa forma, essa ação apresenta benefícios de extrema importância, pois pode evitar que o RN tenha anemia, que pode resultar na diminuição da capacidade cognitiva, distúrbios comportamentais, falta de memória, baixa concentração mental, déficit de crescimento, diminuição da força muscular e da atividade física, além de maior suscetibilidade a doenças infecciosas (VENÂNCIO, *et al.*, 2008; MONDINI, *et al.* 2010; OLIVEIRA, *et al.* 2014).

O aleitamento materno precoce é extremamente importante para ajudar no estabelecimento do vínculo mãe-filho, sendo que também ajuda no estímulo à produção de leite. Para o RN, a amamentação favorece a eliminação do mecônio após o nascimento, protege o trato gastrointestinal contra infecções, estimula a formação do vínculo, diminui o risco de icterícia e, conseqüentemente, os índices de mortalidade infantil (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

Conforme o Ministério da Saúde (2017), na atenção ao nascimento deve existir o incentivo ao aleitamento materno precoce, orientando que a primeira mamada ocorra ainda na sala de parto, durante a primeira hora de vida, desde que mãe e filho estejam em condições para isso. Ainda, o contato precoce entre mãe-filho auxilia para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê, visto que no pós-parto imediato o RN está em um período chamado de inatividade alerta, compreendendo os primeiros 30 a 60 minutos depois de nascer. Neste momento, o RN interage com os estímulos externos, vê, ouve e move-se conforme escuta a voz materna, apresenta habilidades motoras e sensoriais capazes de estimular canais de comunicação com os pais que são indispensáveis no estabelecimento do vínculo (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011 apud KLAUS; KENNEL, 1993). Esta fase é antecessora e potencializadora da sensibilização da mãe e pai pelo filho. Apenas após o contato pele a pele, íntimo e próximo, é que se inicia e é promovida a vinculação com os cuidadores (pai-mãe), tão necessária para

tornar a adaptação do RN ao mundo externo o menos traumática possível (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

Além disso, muitas mulheres listaram como fator decisivo para a escolha pelo PDP o excesso de intervenções com o RN e o distanciamento dele, se referindo a traumas causados pelas ações desenvolvidas nesse período logo após o nascimento, como elas citam:

[...]a gente queria tá num ambiente tranquilo, num ambiente que ela não viesse ao mundo [...] cheio de intervenções [...] (P2)

[...] a gente optou [...] pela criança, que [...] também [...] sofre vários traumas [...] no nascer que a gente sabe que é totalmente desnecessário[...]ninguém fez nada nele, só tomou a vacina da vitamina K [...] no outro dia [...] super tranquilo [...] tomou banho só depois de 24 horas, não precisou colírio, não precisou sucção [...] (P4)

“[...] eu não consigo me ver e não consigo imaginar como seria eu ir pro hospital e ter que ficar separada dele (bebê), acho que eu ia ter um troço [...] (P7)

As falas citadas demonstram o medo das mulheres de serem privadas de ficarem próximas aos seus filhos. Sabe-se que o contato pele e pele entre a mãe e o RN logo após o nascimento apresenta inúmeros benefícios, tais como: o aquecimento e a menor perda de energia por parte do RN, a sua estabilização cardíaca e respiratória, a diminuição do risco de taquipneia transitória e síndrome respiratória, o menor risco de adquirir infecções e a diminuição do estresse (GAZINEU *et al.*, 2018 apud CARNEIRO *et al.*, 2015).

Kruno, Da Silva e De Oliveira Trindade (2017) incluíram, em seu estudo, oito participantes que tiveram PDP e tiveram como resultado intervenções relacionadas ao RN como sendo motivadoras pela opção dessa modalidade de parto e nascimento, numa oposição às práticas rotineiras realizadas com os bebês em centros obstétricos. Dessa forma, mesmo mulheres que vivenciarão sua primeira experiência de parturição são motivadas a buscar modelos alternativos de assistência por terem conhecimento de vivências de mulheres que tiveram experiências obstétricas com atendimento convencional e não satisfatórias ou que apresentaram elementos na contramão da humanização (CURSINO; BENINCASA, 2020).

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (Brasil, 2017) preconizam a não realização da aspiração orofaríngea e nem nasofaríngea no RN saudável, indicam que o clampeamento do cordão umbilical deve ocorrer entre um e cinco minutos após o nascimento ou, de forma fisiológica, quando cessar a pulsação, que se evite a separação do RN e da mãe

durante a primeira hora de vida. Ainda, as mesmas Diretrizes indicam que ações como a pesagem, temperatura, medidas e banho sejam realizadas após o respeito à *Golden Hour*. Também estimulam o contato pele a pele entre mãe e bebê no período imediato após o parto, o estímulo ao aleitamento materno precoce, na primeira hora de vida, ainda na sala de parto e a certeza de que os pais tenham conhecimento e deem consentimento para a realização de todos os exames e procedimentos aos quais o RN será submetido. Porém, na maior parte das vezes essas recomendações não ocorrem.

No que tange aos cuidados com RN saudáveis e a termo, Bocamino (2020) apud Moreira *et al.* (2014) aponta que os profissionais de saúde atuantes em instituições de saúde hospitalares continuam a usar práticas inadequadas, tais como aspiração gástrica e do trato respiratório superior, uso de oxigênio inalatório, incubadoras e separação precoce da mãe e do bebê. Ainda, comentam que estas intervenções ocorrem mais frequentemente durante a cesárea do que durante o parto vaginal.

Ainda sobre essas intervenções, Moreira *et al.* 2014 apontam que, conforme as diferentes regiões do País, as taxas de intervenções (aspiração de vias aéreas superiores) em RNs de baixo risco apresentam alto percentual, variando de 62,5% no Nordeste a 76,8% no Sudeste, enquanto a aspiração gástrica variou de 33,8% no Nordeste a 47,8%, no Centro-oeste. O uso de oxigênio inalatório teve uma taxa de 8,8% e de uso da incubadora igual a 8,7%. São números elevados considerando a situação de saúde dos RN, apresentando proporções ainda mais elevadas em hospitais que não possuem o título de Hospital Amigo da Criança, em partos com pagamento privado, em mulheres com maior nível de escolaridade, brancas, primíparas e que realizaram cesariana.

As entrevistadas citaram também a questão do banho logo após o nascimento e a realização dele em momentos preconizados pela instituição e não pela família, conforme as falas:

[...] tem muita intervenção[...] tem aquela coisa de, ah já dá banho no bebê, que eu sempre fui contra [...], ou já separar a mãe do bebê [...] (P6)

[...] as rotinas hospitalares[...] também foi uma coisa que que não queria ir pro hospital [...] tendo que dar banho no filho quando eles querem (P9)

Ainda, mencionaram algumas intervenções que são realizadas, muitas vezes, sem necessidade ou critérios justificáveis, exemplificando a aspiração nasofaríngea ou orofaríngea e aplicação do nitrato de prata 1%:

[...] eu não queria submeter meu filho ao colírio, ao caninho de aspiração, eu [...] não me preocupava comigo, mas sim com ele (P7)

O Ministério da Saúde (2017) preconiza a utilização da tetraciclina 1% ou eritromicina 0,5% na rotina para prevenção da oftalmia neonatal, adquirida no momento da passagem pelo canal vaginal em mães com infecção por *Neisseria Gonorrhoeae* e/ou *Chlamydia trachomatis* (CT) (DE LOURDES PAIVA; DA SILVA; TEIXEIRA, 2019), reservando o uso de nitrato de prata 1% apenas quando não disponíveis os outros medicamentos, com aplicações até quatro horas após o nascimento.

Traçando uma espécie de comparação entre os filhos, a fala de uma participante relatou diferenças em relação ao filho que nasceu no ambiente domiciliar e não foi submetido a intervenções desnecessárias e a primeira filha que nasceu em âmbito hospitalar. Mencionou que o segundo, nascido em casa, é mais calmo do que a primogênita:

Eu costumo dizer assim que o (segundo filho) e a (primeira filha) logo depois do nascimento tiveram uma diferença muito grande, o (segundo filho) sempre foi mais tranquilo [...] os primeiros dias da (primeira filha) foram muito complicados[...] (P3)

Uma das entrevistadas que teve seu primeiro filho em um PDP relatou que o filho sempre foi muito calmo e supõe que esse fato pode estar atrelado a maneira como o parto ocorreu, como ela discorre:

[...]. o Pedro é muito tranquilo, sempre foi, não sei se devido ao parto do jeito que foi (P4)

Dessa forma, elucida-se mais um benefício relacionado ao PDP que, mesmo ainda sem evidência científica existente na literatura, demonstra um fator de extrema importância no desenvolvimento das relações entre família, RN e sociedade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou conhecer as motivações de mulheres pelo parto domiciliar planejado considerando aspectos do recém-nascido e analisar as características socioeconômicas e os dados obstétricos dessas mulheres, bem como caracterizar informações sobre o processo de parturição e condições de nascimento dos recém-nascidos.

A caracterização das participantes evidenciou que estas tinham idade média de 27,6 anos, nove eram casadas, oito possuíam o ensino superior completo, a renda familiar variou entre dois e dez salários mínimos e a maioria seguia alguma crença/religião. Em relação à gestação, nove entrevistadas realizaram mais de dez consultas pré-natal e metade delas era primípara e a outra metade multípara.

A análise de conteúdo realizada a partir das entrevistas com as dez participantes elucidou dois temas, sendo eles: reconstruindo o nascer e respeito ao recém nascido (queria que ninguém manipulasse ele de uma forma bruta). O primeiro tema evidenciou que as experiências prévias negativas com nascimentos de filhos mais velhos (seja pela via de parto vaginal ou por meio de uma cesárea) mostrou relação com as motivações para a escolha do PDP. A separação entre mães e bebês e o excesso de intervenções realizadas com o RN foram explicitados como fatores importantes para a tomada de decisão por essa modalidade de parir e nascer.

As primíparas pontuaram como elemento crucial para a escolha pelo PDP o receio de que o filho vivenciasse tais intervenções ou outras rotineiramente realizadas no ambiente hospitalar. Assim, evidenciaram o desejo de estarem a todo momento perto do filho, principalmente nos primeiros momentos de sua vida, criando boas memórias acerca do momento do trabalho de parto, parto e pós-parto, rodeadas por um ambiente acolhedor e familiar, sem a preocupação de estarem vulneráveis a uma rotina imposta por outros. Ainda surgiram como fatores pela escolha do PDP o fato de poderem desfrutar da sua individualidade, tendo a presença de familiares e pessoas queridas, na comodidade de suas casas.

Sugere-se, assim, reavaliar a assistência ao RN saudável de forma a fortalecer os benefícios do PDP. Para a efetiva implementação desses moldes de assistência é necessário que ocorram diversas mudanças que abrangem desde ajustes na formação profissional, mudanças culturais e pessoais até atualizações pelas esferas municipal, estadual e federal.

Para mais, discussões sobre o PDP devem, urgentemente, ser incluídas nas matrizes curriculares dos cursos da área da saúde, contribuindo para o aumento de profissionais

qualificados para o atendimento a essa modalidade de atenção ao parto e nascimento, promovendo a sensibilização dos trabalhadores da classe e resultando em uma assistência mais humanizada e adequada.

No âmbito da pesquisa, existem diversas lacunas de conhecimento e publicações nacionais a respeito do PDP, principalmente no que tange aos aspectos relacionados ao RN. Dessa forma, há necessidade de que novos estudos sejam realizados a fim de sustentar os benefícios dessa modalidade de assistência ao parto e nascimento.

Em suma, acredita-se que o objetivo proposto inicialmente foi atingido, além de proporcionar para a acadêmica um conhecimento muito além do profissional, expandindo-se para a área pessoal e promovendo uma sensibilização e mobilização acerca do assunto e auxiliando na reflexão de futuras práticas assistenciais.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Priscyla de Oliveira Nascimento et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 16, n. 1, p. 29-37, 2016. <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292016000100029&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em: 14 Mai. 2021
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 70. ed. Lisboa, Portugal, 2011.
- BOCAMINO, Lydiane. **Meu filho nasceu em casa**: compreendendo a experiência de mulheres que optaram pelo parto domiciliar planejado. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2020. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59141/tde-18062020-102835/publico/MESTRADOLYDIANEBOCAMINOCORRIGIDA.pdf>> Acesso em: 05/05/2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Humanização do Parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002. 28p. <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>> Acesso em: 14 Mai. 2021
- BRASIL. **Resolução número 466/2012**. Diretrizes e Normas regulamentadoras em Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012a.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Caderno de Atenção Básica número 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 318p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf> Acesso em: 14 Mai. 2021
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. 51p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf> Acesso em: 14 Mai. 2021
- CASTRO, Cláudia Medeiros de. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 69-75, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/17736>> Acesso em: 12 jan. 2021.
- COLACIOPPO, Priscila Maria et al. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 2, p. 81-90, 2010. Disponível em <<https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239961013.pdf>> Acesso em: 14 Mai. 2021.
- CURSINO, Thaís Peloggia; BENINCASA, Miria. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1433-44, 2020. DOI: Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n4/1433-1444/>> Acesso em: 12 jan. 2021.

DANSKI, Mitzy Tannia Reichembach et al. < b> Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro/Importance of evidence-based practice in nurse's work processes. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 16, n. 2, p. 1-6, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/36304/20831>> Acesso em: 14 Mai. 2021

DE CASTRO, Jamile Claro; CLAPIS, Maria José. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 960-7, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a07.pdf>> Acesso em: 14 Mai. 2021

DE LOURDES PAIVA, Maria; DA SILVA, Walquiria Gleice Nogueira; TEIXEIRA, Ingrid Felix. Avanços no tratamento da oftalmia neonatal/método Credé: Uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 17, p. 1-8, 2019. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/54/17>> Acesso em: 23 mai. 2021

DO AMARAL, Kelly Pires; RIBEIRO, Juliane Portella. Violência obstétrica e neonatal e suas interfaces com a prevenção quaternária: uma revisão integrativa. **Saúde (Santa Maria)**, v. 47, n. 1, p.1-26, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/48297>> Acesso em: 23 mai. 2021

FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta et al. Associação entre assistência pré-natal e mortes neonatais, 2000-2009, Londrina-PR. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 354-9, 2014. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000300354> Acesso em: 14 Mai. 2021

FEYER, Iara Simoni Silveira; MONTICELLI, Marisa; KNOBEL, Roxana. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 2, p. 298-305, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000200014&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 12 jan. 2021

GAZINEU, Rebeca Cardoso et al. Benefícios do parto normal para a qualidade de vida do binômio mãe-filho. **Textura**, v. 12, n. 20, p. 121-9, 2018. Disponível em: <<https://textura.emnuvens.com.br/textura/article/view/287/255>> Acesso em: 23 mai. 2021.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GOMES, Maria Auxiliadora de Souza Mendes et al. Atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil: estamos avançando na garantia das boas práticas?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 859-74, 2021. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26n3/859-874/>> Acesso em: 22 mai. 2021

GOMES, Mirian Aparecida; ABI RACHED, Chennyfer Dobbins. Atuação da equipe de enfermagem no parto humanizado e seus benefícios diante o parto cesárea. **International Journal of Health Management Review**, v. 3, n. 2, p.3-16, 2017. Disponível: <<https://www.ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/124/61>> Acesso em: 22 mai. 2021

KOETTKER, Joyce Green et al. Práticas obstétricas nos partos domiciliares planejados assistidos no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. 1-7, 2018.

<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342018000100460 & script= sci_arttext & tlng=pt> Acesso em: 14 Mai. 2021

KOETTKER, Joyce Green; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; KNOBEL, Roxana. Resultados maternos dos partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras da equipe hanami no sul do Brasil, 2002-2012. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 1-11, 2017.

Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072017000100302 & script= sci_arttext & tlng=pt> Acesso em: 14 Mai. 2021

KRUNO, Rosimery Barão; DA SILVA, Tatiane Osvaldt; DE OLIVEIRA TRINDADE, Patrícia Taís. A vivência de mulheres no parto domiciliar planejado. **Saúde (Santa Maria)**, v. 43, n. 1, p. 22-30, 2017. <<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/17736>> Acesso em: 14 Mai. 2021

LANSKY, Sônia et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2811-24, 2019. Disponível em: <<http://scielosp.org/article/csc/2019.v24n8/2811-2824/>> Acesso em: 14 Mai. 2021

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. **Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>> Acesso em: 14 Mai. 2021

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.

MALHEIROS, Paolla Amorim et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 329-37, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200010> Acesso em: 14 Mai. 2021

MASCARELLO, Keila Cristina; HORTA, Bernardo Lessa; SILVEIRA, Mariângela Freitas. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 105-17, 2017. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rsp/2017.v51/105/pt/>> Acesso em: 22 mai. 2021.

MONDINI, Lenise et al. Efeito do clampeamento tardio do cordão umbilical nos níveis de hemoglobina em crianças nascidas de mães anêmicas e não anêmicas. **Journal of Human Growth and Development**, v. 20, n. 2, p. 282-90, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000200011#:~:text=Verificou%2Dse%20o%20efeito%20positivo,aos%20tr%C3%AAs%20meses%20de%20idade.> Acesso em: 14 Mai. 2021

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S128-S139, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2014.v30suppl1/S128-S139/pt/>. Acesso em: 14 Mai. 2021

NECZYPOR, Jennifer L. ; HOLLEY, Sharon L. Prestando cuidados baseados em evidências durante a hora de ouro. **Enfermagem para a saúde da mulher**, v. 21, n. 6, p. 462-72, 2017. <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1751485117302817>> Acesso em: 14 Mai. 2021

OLIVEIRA, Fabiana de Cássia Carvalho et al. Tempo de clampeamento e fatores associados à reserva de ferro de neonatos a termo. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, p. 10-8, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000100010&script=sci_abstract&tlng=pt#:~:text=O%20tempo%20mediano%20de%20clampeamento,renda%20per%20capita%20da%20fam%C3%ADlia.> Acesso em: 14 Mai. 2021

POLIT, Denise F *et al.* **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2018.

SANTOS, Simone Silva dos et al. Resultados de partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas. **Rev. Enfermagem UFSM**, p. 1-15, 2018. <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/28345/pdf>> Acesso em: 14 Mai. 2021

SHARMA, Deepak. Hora de ouro da vida neonatal: necessidade da hora. **Saúde materna, neonatologia e perinatologia**, v. 3, n. 1, p. 1-21, 2017. <<https://mhnjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40748-017-0057-x>> Acesso em: 14 Mai. 2021

SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula et al. A enfermeira obstétrica no cuidado ao parto domiciliar planejado: revisão integrativa. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 7, n. 3, p. 357-65, 2019. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/3758/pdf>> Acesso em: 14 Mai. 2021

SOUZA, Taísa Guimarães de; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; MODES, Priscilla Shirley Siniak dos Anjos. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 479-86, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300007> Acesso em: 14 Mai. 2021

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.

VENÂNCIO, Sonia Isoyama et al. Efeitos do clampeamento tardio do cordão umbilical sobre os níveis de hemoglobina e ferritina em lactentes aos três meses de vida. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s323-s331, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001400017>> Acesso em: 14 Mai. 2021

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 1 – 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 ____ (Número de gestações, partos, cesáreas e abortos)

- 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)

- 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?

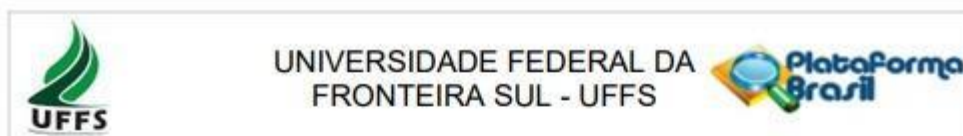
- Motivos (entrevista)

- 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 2 – 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: CHAPECÓ

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



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:** CHAPECO
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: 89.802-285

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

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



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 pendências CEPU FFS 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	TCLE pós pendências CEP.pdf	05/07/2016 12:20:53	Joice Moreira Schmalfluss	Aceito
Orçamento	Orçamento.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 3 – 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

Schmalfuss, 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 P de participante e números que contemplarão o total de entrevistas do estudo, exemplo: P1, P2 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) 98505-55-92 / 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.