



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

**LETÍCIA ZANOTELLI**

**VIVÊNCIAS E MOTIVAÇÕES DE MULHERES FRENTE À TOMADA DE  
DECISÃO PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO  
NA PANDEMIA DE COVID-19**

**CHAPECÓ - SC**

**2022**

**LETÍCIA ZANOTELLI**

**VIVÊNCIAS E MOTIVAÇÕES DE MULHERES FRENTE À TOMADA DE  
DECISÃO PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO  
NA PANDEMIA DE COVID-19**

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<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Joice Moreira Schmalfluss

**CHAPECÓ - SC**

**2022**

### **Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS**

Zanotelli, Leticia

Vivências e motivações de mulheres frente à tomada de decisão pelo parto domiciliar planejado na pandemia de COVID-19 / Leticia Zanotelli. -- 2022.

78 f.:il.

Orientadora: Doutora Joice Moreira Schmalfluss

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Bacharelado em Enfermagem, Chapecó, SC, 2022.

1. Saúde da Mulher. 2. Enfermagem. 3. Obstetrícia. 4. Parto Domiciliar. 5. COVID-19. I. Schmalfluss, Joice Moreira, orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III. Título.

**LETÍCIA ZANOTELLI**

**VIVÊNCIAS E MOTIVAÇÕES DE MULHERES FRENTE À TOMADA DE  
DECISÃO PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO  
NA PANDEMIA DE COVID-19**

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.

Esse trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado no dia 08 de abril de 2022.

**BANCA EXAMINADORA**



Presidente da banca - Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Joice Moreira Schmalfuss  
Orientadora



Membro titular - Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Máira Rossetto (UFFS)  
Avaliadora



Membro titular - Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lisie Alende Prates (UNIPAMPA)  
Avaliadora



Membro titular - Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tassiana Potrich (UFFS)  
Avaliadora

Dedico o presente trabalho a todas as mulheres que vieram antes de mim, em especial, minha mãe e minha avó. Sem vocês eu não teria chegado até aqui!

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho representa um marco importante na minha história pessoal e acadêmica, pois foram cinco anos de muito estudo e dedicação para chegar até aqui, que não seria possível sem as muitas pessoas que estiveram presentes e me apoiaram nessa trajetória e a tornaram mais leve e feliz. Se hoje me tornei enfermeira foi pelo apoio e amparo dessas pessoas.

Primeiramente, gostaria de agradecer à minha mãe por ter me proporcionado tudo do melhor para que eu pudesse passar por essa graduação tão almejada e sonhada. Essa conquista é nossa, sou grata por tudo o que fez e continua fazendo para que eu me torne a melhor versão de mim mesma. Também agradeço infinitamente à minha avó Lourdes que sempre demonstrou seu amor e carinho com seus atos de serviço, sempre me esperando com comida quentinha. Sem a senhora não sei o que eu seria.

Agradeço, também, ao meu pai Nilson que sempre me auxiliou nessa caminhada, me lembrando quem eu sou, quais são meus objetivos e me guiando com seu conhecimento espiritual.

Os meus agradecimentos também vão para minha madrastra Patrícia por ter me permitido vivenciar seu parto domiciliar planejado junto dela e ver minha irmã Angelina nascer. Foi um momento intenso e, com certeza, sempre guardarei essa e muitas outras memórias no meu coração.

Agradeço minhas irmãs Angelina e Mariana por me darem amor incondicional e transformarem esse percurso pela graduação mais leve e divertido. Vocês sempre terão com quem contar, vocês são incríveis e fortes.

À minha orientadora, Professora Doutora Joice Moreira Schmalfluss, que durante toda a graduação me inspirou e seguirá me inspirando no caminho da Enfermagem Obstétrica. Sou grata por toda paciência e ensinamentos nas nossas orientações. Que possamos trabalhar juntas por muito tempo ainda, pois você se tornou uma amiga e irmã de caminhada indispensável na minha vida.

Agradeço a todos os enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem que me acompanharam durante todos os estágios da graduação, em especial às enfermeiras que me acompanharam no estágio supervisionado I e II: Alana, Deiva, Dulce, Flávia e Thamara. Vocês são parte importante dessa trajetória. Gratidão por serem luz no meu caminho.

A todas as pacientes que possibilitaram a construção da minha profissional enfermeira interior, principalmente todas que deixaram suas mensagens de carinho durante o Estágio

Supervisionado II, no Centro de Saúde da Família Leste. Nossas trocas foram ótimas, vocês são demais.

Agradeço, também, aos meus amigos feitos durante a graduação. Vocês fizeram até os piores dias serem muito mais divertidos e leves. Em especial, a Ana Gabrieli por ter me apoiado e motivado em diversos momentos nos últimos anos e ter acreditado em mim quando nem eu mesma acreditei.

A todas as pessoas que me auxiliaram direta ou indiretamente nessa trajetória, manifesto toda minha gratidão pelo apoio e ensinamentos.

## RESUMO

Em virtude da pandemia causada pelo *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), a procura pelo parto domiciliar planejado aumentou e observou-se, empiricamente, que mais mulheres e famílias optaram por vivenciar esse momento em seus lares. Assim, esse estudo objetivou compreender as vivências e motivações de mulheres frente à tomada de decisão pelo parto domiciliar planejado na pandemia de COVID-19. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva e exploratória, realizada em ambiente virtual, com mulheres residentes em municípios da região oeste de Santa Catarina. Participaram 13 mulheres maiores de 18 anos e que vivenciaram o parto domiciliar planejado de março de 2020 a dezembro de 2021, abrangendo, assim, o período pandêmico de COVID-19. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas em plataformas *online* e guiadas por um roteiro. As informações provenientes da caderneta de gestante e fichas de registro físicas com anotações das equipes que prestaram assistência também foram utilizadas na coleta de dados. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo do tipo temática. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul sob parecer número 5.170.967 e CAAE número 2930121.1.0000.5564. A partir da análise dos dados foi apresentada a caracterização das participantes, bem como os temas: “Tomando a decisão de parir em casa” e “Vivenciando o parto domiciliar planejado”. O primeiro tema compreendeu que a tomada de decisão das mulheres que escolheram o parto domiciliar planejado, na pandemia, perpassou por diversos âmbitos e se pautou, principalmente, em questões relacionadas às próprias mulheres, aos seus filhos, às suas experiências anteriores, a aspectos dos ambientes domiciliar e hospitalar, à violência obstétrica, às crenças espirituais e aos modos de vida, não sendo influenciada por um único fato. A segunda temática observou que as vivências das mulheres foram constituídas por momentos singulares e com diversos ensinamentos que impactaram todos que vivenciaram essa experiência com elas. Constatou-se que as motivações e vivências das mulheres que tiveram o parto domiciliar planejado perpassaram pelas mais diversas particularidades e, isso, aliado à pandemia de COVID-19, evidenciou a possibilidade de as mulheres experienciarem um parto com autonomia, acolhimento, respeito e segurança. Estas motivações e vivências, por sua vez, permearam não só as vidas delas, mas de todos os envolvidos no contexto.

**Palavras-chave:** Saúde da Mulher. Enfermagem. Obstetrícia. Parto Domiciliar. COVID-19.



## ABSTRACT

Due to the pandemic caused by the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), the demand for planned home birth has increased and it was empirically observed that more women and families chose to experience this moment in their homes. Thus, this study aimed to understand the experiences and motivations of women facing the decision-making process for planned home birth in the COVID-19 pandemic. This is a qualitative, descriptive and exploratory research, carried out in a virtual environment, with women living in municipalities in the western region of Santa Catarina. Participants were 13 women over 18 years of age who experienced the planned home birth from March 2020 to December 2021, thus covering the COVID-19 pandemic period. Data were collected through semi-structured interviews carried out on online platforms and guided by a script. Information from the pregnant woman's book and physical registration forms with notes from the teams that provided care were also used in data collection. Data were submitted to thematic content analysis. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Universidade Federal da Fronteira Sul under protocol number 5,170,967 and CAAE number 2930121.1.0000.5564. From the data analysis, the characterization of the participants was presented, as well as the themes: "Making the decision to give birth at home" and "Experiencing the planned home birth". The first theme understood that the decision-making of women who chose planned home birth, in the pandemic, went through several areas and was based, mainly, on issues related to the women themselves, their children, their previous experiences, aspects of the home and hospital environments, to obstetric violence, to spiritual beliefs and ways of life, not being influenced by a single fact. The second theme observed that the women's experiences were constituted by unique moments and with different teachings that impacted everyone who had this experience with them. It was found that the motivations and experiences of women who had a planned home birth permeated the most diverse particularities and, this, combined with the COVID-19 pandemic, highlighted the possibility for women to experience a birth with autonomy, reception, respect and safety. . These motivations and experiences, in turn, permeated not only their lives, but those of everyone involved in the context.

**Key Words:** Women's Health. Nursing. Obstetrics. Home Childbirth. COVID-19.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Caracterização das participantes do estudo.....	24
Quadro 2 - Dados sobre a gestação, parto e puerpério imediato.....	26
Quadro 3 - Informações sobre os presentes no domicílio no PDP e fontes de informações sobre esta modalidade de parto e nascimento.....	31

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
EO	Enfermeira Obstetra
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PDP	Parto Domiciliar Planejado
RN	Recém-Nascido
SC	Santa Catarina
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TP	Trabalho de Parto
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>18</b>
3.1	TIPO DE ESTUDO	18
3.2	CENÁRIO DO ESTUDO	18
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	19
3.4	COLETA DE DADOS	19
3.5	ANÁLISE DE DADOS	20
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	21
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>23</b>
4.1	CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES	23
4.2	TOMANDO A DECISÃO DE PARIR EM CASA	32
4.3	VIVENCIANDO O PARTO DOMICILIAR PLANEJADO	44
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>53</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>54</b>
	<b>ANEXO A-Formulário do <i>Google Forms</i></b>	<b>59</b>
	<b>ANEXO B-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>63</b>
	<b>ANEXO C-Roteiro de Entrevista Semiestruturada</b>	<b>67</b>
	<b>ANEXO D-Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa</b>	<b>69</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Antigamente, os partos e nascimentos eram naturalmente eventos domiciliares e familiares, sendo acompanhados por pessoas e parteiras conhecidas da parturiente, e isso era algo comum na sociedade. Com o advento da Segunda Grande Guerra, esses acontecimentos passaram a ser institucionalizados e descaracterizados, sendo acompanhados em hospitais e atendidos por profissionais médicos, aumentando o número de intervenções e acarretando situações de violência obstétrica (KRUNO; SILVA; TRINDADE, 2017; CURSINO; BENINCASA, 2020).

O Parto Domiciliar Planejado (PDP) ainda é associado ao parto domiciliar desassistido, que ocorre de forma acidental e sem planejamento prévio. O PDP consiste em uma modalidade de acompanhamento planejado e que respeita critérios de elegibilidade pré-estabelecidos, tais como: gestação de risco obstétrico habitual; feto único; em apresentação cefálica e com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas e menor que 42 semanas. Ademais, é primordial que seja uma decisão compartilhada entre o casal e firmada a partir de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido fornecido pelo Parecer Técnico Conselho Regional de Enfermagem (COREN)/Santa Catarina (SC) nº 023/ct/2016. Ainda, salienta-se a importância de que o acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal e do recém-nascido (RN) em ambiente domiciliar seja feito por profissionais qualificados para atender o parto eutócico e capacitados para identificar distócias e tomada de providência (ZILIO, 2016; COREN, 2016).

Outros autores consideram o PDP como todo atendimento domiciliar prestado no período pré-natal, no parto e no puerpério, acompanhado e desenvolvido por profissionais capacitados, de forma que haja um movimento que coloca a gestante, a parturiente e a puérpera no centro do cuidado, bem como as suas preferências em relação ao local do parto (VOLPATO et al., 2020).

No Brasil, os PDP têm aumentado nos últimos anos, majoritariamente, devido à facilidade de divulgação de informações pelas mídias sociais. Esses partos são acompanhados por profissionais habilitados e capacitados para a sua realização. O atendimento que ocorre no domicílio inicia no pré-natal e se estende até o pós-parto (imediate e tardio), abrangendo todos os cuidados com a mulher e o bebê. Associado a esse aumento, também estão os partos que acontecem de forma improvisada e em caráter de urgência. Mas por não existir distinção, nas bases de dados, entre o PDP e o parto de urgência, as informações epidemiológicas são incompletas (KRUNO; SILVA; TRINDADE, 2017).

No PDP, a mulher tem a possibilidade de ter junto de si pessoas significativas de sua convivência, proporcionando sentimentos de segurança, acolhimento e conforto. Apesar de ter a possibilidade de acompanhante e de doula no ambiente hospitalar, no PDP esse número/quantitativo não tem restrição, permitindo a presença de quantos entes e amigos a gestante/parturiente desejar.

A pandemia que iniciou no ano de 2020 disseminou o novo Coronavírus, também chamado de SARS-CoV-2, causando a *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) no mundo inteiro, acarretando rapidamente no acometimento e morte de diversas pessoas pela Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) causada pelo vírus (YANG et al., 2020). Essa ocorrência pandêmica, entre tantas consequências, promoveu mudanças no estilo de vida da população mundial, medidas de higiene das mãos mais frequentes, uso de máscaras, distanciamento e isolamento social (MALTA et al., 2020).

Por isso, acredita-se que a situação imposta pela pandemia pode ter impactado na escolha do local e da via de nascimento de muitas mulheres e suas famílias, visto que gestantes e puérperas passaram a fazer parte do grupo de risco para COVID-19. Esse cenário vem influenciando as opções e as escolhas de muitas mulheres acerca da gestação e tomada de decisão em relação ao local de parto (VOLPATO et al, 2020).

Tal problemática motivou a acadêmica a desenvolver uma pesquisa com o intuito de aprofundar seus conhecimentos nesta área específica da saúde da mulher e obstetrícia, além da afinidade e pretensão de atuação profissional. Ainda, observa-se a necessidade de mais estudos sobre o tema em questão a fim de subsidiar tomadas de decisão das mulheres e suas famílias, bem como amparar profissionais da obstetrícia a atuarem frente a esse contexto de cuidado.

Diante do exposto, justifica-se a realização deste estudo pela percepção, empírica, de que o número de PDP aumentou na região oeste de Santa Catarina após a instalação da pandemia de COVID-19. Assim, questiona-se: quais são as vivências e motivações de mulheres frente à tomada de decisão pelo PDP na pandemia de COVID-19? E **objetiva-se** compreender as vivências e motivações de mulheres frente à tomada de decisão pelo parto domiciliar planejado na pandemia de COVID-19.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com o inquérito nacional Nascir no Brasil (2014), mais de 30% das gestações são indesejadas, interferindo negativamente na cobertura de pré-natal e, conseqüentemente, no nascimento. Em torno de 70% das mulheres desejavam o parto vaginal no início das consultas de pré-natal. Contudo, a maioria é desencorajada durante o processo, resultando em um índice de cesárea de 52% no Brasil. No setor privado, o número de cesáreas atinge 88%, sendo a maior parte desnecessária.

Quando se trata de parto vaginal, o modelo adotado é bastante medicalizado e intervencionista, restringindo os movimentos das mulheres e sua alimentação durante o trabalho de parto (TP), as forçando a ficarem em posição litotômica durante o expulsivo, induzindo o parto com ocitocina, praticando episiotomia (corte no períneo), manobra de Kristeller (empurrar a barriga da parturiente para “ajudar na saída do bebê”), dentre outras intervenções sem indicação clínica, que se tornam um risco para o binômio. Durante o estudo, apenas 5% das mulheres entrevistadas tiveram parto vaginal sem intervenções e 15% foram atendidas por enfermeiros obstetras ou obstettrizes, geralmente em locais com população mais pobre, devido à ausência do médico (Nascir no Brasil, 2014).

Com base nos dados epidemiológicos sobre parto e nascimento, diversas políticas e estratégias para melhorar esse cenário são desenvolvidas na intenção de reduzir a porcentagem de cesarianas sem indicação e situações de violências obstétricas. Para isso, vem-se investindo em práticas que demonstram contribuir para resultados obstétricos positivos, como a criação de casas de parto e centros de parto normal, a incorporação de enfermeiras obstetras na equipe de saúde e a implementação da Rede Cegonha (CURSINO; BENINCASA, 2020). Porém, apesar do desfecho favorável, ainda não existe abrangência nacional da possibilidade de as gestantes escolherem o local de parto que se sentirem mais seguras pelo sistema público. Apesar das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), os atendimentos de PDP via Sistema Único de Saúde (SUS) são realizados apenas pela equipe do Hospital Sofia Feldman, localizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, não permitindo que mulheres de classes mais baixas possam optar por essa modalidade de parto (KOETTKER; BRÜGGEMANN; KNOBEL, 2017).

O PDP é compreendido como a assistência realizada à mulher no período pré-natal, durante o parto, nascimento e puerpério imediato, sendo realizada por enfermeiro especializado, à escolha da mulher, com registro ativo em Conselho Regional, seguindo protocolos que auxiliam na tomada de decisão frente a cada etapa do nascimento. Esse modelo de assistência

é considerado diferente do hegemônico, pois coloca a mulher no centro da assistência (ZILIO, 2016; VOLPATO et al. 2020).

As consultas pré-natal domiciliares podem ser realizadas pelo enfermeiro em conjunto com o médico, seguindo a quantidade mínima de seis consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde, sendo de responsabilidade destes profissionais a identificação de fatores de riscos que contraindicam a realização do PDP (ZILIO, 2016; Parecer Técnico COREN/SC Nº 023/CT/2016).

De acordo com Sanfelice e Shimo (2014), diversas discussões nacionais colocam em pauta a segurança do PDP frente ao parto hospitalar, incluindo a população em geral que julga as mulheres como irresponsáveis e seguidoras de modismos, e órgãos regulamentadores que perseguem profissionais que são adeptos, ativistas e defensores dessa modalidade de atendimento. Esta situação vai na contramão de países desenvolvidos, como Canadá, Austrália e Holanda, onde os PDP são, inclusive, encorajados pelos respectivos Sistemas Nacionais de Saúde como uma alternativa tão segura quanto o parto hospitalar (SANFELICE; SHIMO, 2014).

As autoras ainda expõem que um PDP de risco habitual assistido por profissionais capacitados traz bons resultados obstétricos, com menores índices de hemorragia pós-parto e morbidade materna, e não contribuem para o aumento de mortes perinatais (SANFELICE; SHIMO, 2014).

Olsen e Jewell (2008) demonstraram em estudo publicado na Biblioteca Cochrane que, apesar de não existirem estudos estatísticos em largas escalas trazendo os benefícios do PDP, foi possível observar durante a pesquisa, que não há real indicação de parto hospitalar para gestantes de risco habitual, e os estudos observacionais existentes demonstram as vantagens do PDP, sustentando desfechos positivos para o binômio mãe-bebê.

Atualmente, no Brasil, não há a existência de um protocolo nacional para a classificação de gestantes que podem parir em ambiente domiciliar e apenas alguns critérios de elegibilidade são seguidos. Segundo Colossi (2017), especialistas brasileiros acordaram que existem cerca de 34 critérios de elegibilidade gerais que apontam a possibilidade do PDP ocorrer, sendo eles: o desejo da mulher em ter um PDP e seu parceiro estar de acordo com a sua realização e assinar termo de consentimento, gestação única, a termo, com feto em apresentação cefálica e de risco gestacional habitual. Os critérios também incluem o histórico gineco-obstétrico da gestante, local propício e seguro com facilidade de transferência em caso de necessidade, dentre outros pormenores.



Koettker, Brüggemann e Knobel (2014), em seu estudo, sugerem que, para o PDP, sejam apenas consideradas mulheres que já estejam realizando pré-natal e não apresentam risco obstétrico até o início do TP. Já o Parecer Técnico do COREN/SC número 023/CT/2016 elenca critérios de elegibilidade para a realização de PDP, sendo que estes se resumem em: gestação classificada como de risco obstétrico habitual, feto único, a termo (entre 37 e 42 semanas) e casal de acordo com o TCLE fornecido pela equipe.

Considerando o exposto até então, acredita-se que a pandemia que teve início em dezembro de 2019, com o surto de uma nova doença respiratória na província de Hubei, na China, pode ter influenciado na decisão das mulheres e suas famílias pelo PDP. Por ter ocorrido em momento de grandes aglomerações para as festividades do Ano Novo Lunar Chinês, o vírus rapidamente se disseminou pelo mundo e em 11 de fevereiro de 2020 foi firmado o nome de *Coronavirus Disease 2019* (Doença do coronavírus 2019 ou COVID-19). Em março de 2020, este surto foi classificado em uma pandemia e seus sintomas acometem, majoritariamente, o sistema respiratório, causando febre, dispneia, fadiga, tosse, dentre outros (AHMED 2020).

Pela lacuna no conhecimento sobre a fisiopatologia da COVID-19 e a falta de imunidade da população, as intervenções não-farmacológicas de prevenção foram necessárias para reduzir ou inibir a transmissão entre a população. As medidas de prevenção incluem: lavagem das mãos, etiqueta respiratória e distanciamento social, o último incluindo o isolamento dos casos confirmados e suspeitos e a não frequência de ambientes de aglomeração de forma voluntária. Também são consideradas medidas de prevenção: higiene adequada de locais de convívio, arejar e limpar ambientes com certa frequência e limitação na circulação de pessoas por meio de leis e normas instauradas por gestores em espaços públicos e privados que não sejam caracterizados com essenciais (GARCIA; DUARTE, 2020; VOLPATO et al., 2020).

Frente a esse cenário, Volpato et al. (2020) explanam que o isolamento domiciliar é a medida mais efetiva para evitar contaminação pelo novo coronavírus, e há a preocupação dos profissionais da saúde e gestantes acerca do parto hospitalar, pelo risco de infecção que existe nessa modalidade de assistência, fato que fez com que o PDP passasse a ser uma opção para reduzir a exposição da família, da mulher e do bebê ao vírus.

O momento da gestação e parto é permeado por diversos sentimentos que, muitas vezes, são controversos, como a alegria, ansiedade, medo e preocupações, principalmente quando se trata da via de nascimento. No entanto, a medicalização e a patologização do processo parturitivo pode restringir a tomada de decisão referente à via e o local do parto aos profissionais da saúde, em sua maioria médicos.

Nesse contexto, o cenário obstétrico atual não representa o desejo das gestantes, que demonstram ter a inclinação para o parto vaginal, mas sua decisão não é apoiada pelos serviços de saúde, tampouco pelos profissionais envolvidos no pré-natal e assistência ao parto (MARTINS et al., 2018). É percebido que a tomada de decisão envolvendo o parto está diretamente ligada ao conhecimento acerca do tema para embasar as escolhas, o empoderamento frente a sua gestação e os profissionais que estão envolvidos no cuidado dessa gestante que, muitas vezes e por conveniência, influenciam nessa escolha em prol de sua própria comodidade (MARTINS et al., 2018).

Em seu estudo, Martins et al. (2018) discorrem que muitas gestantes, apesar de estarem em seu último trimestre de gestação, apresentam conhecimento insuficiente acerca do processo parturitivo para uma tomada de decisão adequada. Ainda, a maior parte das entrevistadas referiu que a preferência da via de nascimento seria a vaginal, devido à melhor recuperação e aos bons resultados para o bebê, mas também pelas experiências positivas com o parto domiciliar ou hospitalar, medos, inseguranças e outros sentimentos, bagagem cultural e aconselhamento familiar (MARTINS et al., 2018).

Ferraz, Almeida e Matias (2015), expõem que, por muito tempo, as decisões sobre os processos de saúde foram apenas delegadas aos médicos, em razão da superioridade do saber científico que fundamenta a relação entre o profissional e o paciente. Portanto, as mulheres demonstravam confiança frente às decisões tomadas por esses profissionais. Contudo, com a maior disseminação das informações científicas na *internet*, esse relacionamento passou a ter uma “confiança informada”, permitindo que o paciente opine em seus tratamentos e formas de assistência.

Neste estudo, mais de 35% das participantes acessavam, diariamente, a *internet* em busca de informações sobre o ciclo gravídico-puerperal, e pelo menos 27% escolheu a via de nascimento após pesquisas na rede. No entanto, esse percentual ainda fica atrás de cerca de 36% de mulheres que foram completamente influenciadas pela escolha da modalidade de parto em consulta presencial com o profissional da saúde, demonstrando a influência que este exerce no momento da tomada de decisão das mulheres sobre o processo parturitivo (FERRAZ; ALMEIDA; MATIAS, 2015).

### 3 MÉTODO

Para atingir o objetivo da presente pesquisa foram seguidos os passos metodológicos descritos a seguir.

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva e exploratória.

A pesquisa descritiva proporciona a interpretação e a descrição de características de determinada população ou fenômeno, engloba diversas configurações e suas principais abordagens incluem a entrevista a partir de um questionário, além da observação. Já a pesquisa exploratória tem como principal objetivo aprimorar as ideias e intuições frente ao tema escolhido. Desta forma, se trata de uma abordagem bastante flexível, pois permite contemplar diversas facetas sobre um mesmo tema. Essa metodologia pode incluir entrevistas com pessoas que vivenciaram determinada situação, coleta bibliográfica e análise de experiências (GIL, 2017).

#### 3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na região sul do Brasil, em municípios do oeste do estado de SC. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), o estado de SC tem 95.730,684 km<sup>2</sup> de área, de acordo com dados de 2020, e 6.248.436 habitantes. Desses habitantes, cerca de 324.594 compõem a região oeste do estado (SANTA CATARINA, 2010).

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo treze mulheres que optaram pelo PDP durante o período pandêmico de COVID-19. Foram critérios de inclusão: mulheres maiores de 18 anos, que tiveram PDP de março de 2020 (quando a pandemia foi decretada) a dezembro de 2021 e que foram assistidas por enfermeiras obstetras que atuam no atendimento de PDP no oeste catarinense. Foram critérios de exclusão: mulheres que precisaram ser transferidas para o ambiente hospitalar no decorrer do processo parturitivo.

As participantes do estudo foram localizadas a partir de uma lista de contatos disponibilizada por enfermeiras obstetras que atuam no atendimento de PDP no oeste catarinense, sendo esta lista composta pelos nomes e números telefônicos das mulheres. O contato com as entrevistadas ocorreu via *whatsapp*, que incluiu mensagens de texto explicando os objetivos da pesquisa, bem como convite para participação no estudo.

Após o contato via *whatsapp* e o aceite da mulher em participar da pesquisa, foi encaminhado um *link* do *Google Forms* (ANEXO A), contendo três seções. A primeira seção apresentou o convite para a participação no estudo, seu objetivo, a justificativa, a manifestação de interesse em participar ou não da pesquisa e o *e-mail*. A segunda seção apresentou informações constantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B). Já a terceira seção solicitou a disponibilidade de horários para a concessão da entrevista. O preenchimento do *Google Forms* equivaleu a anuência da mulher em participar da pesquisa.

### 3.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados pela acadêmica por meio de entrevistas, utilizando-se plataformas de videoconferências, tais como *Google Meet* e *WhatsApp*, sendo que esta última plataforma foi utilizada com uma entrevistada, por dificuldades relacionadas à conexão com a internet. Todas as entrevistas foram orientadas por um roteiro de perguntas semiestruturado (ANEXO C), criado e aplicado pela acadêmica autora da pesquisa. Uma entrevista piloto foi realizada e, a partir dela, uma questão foi incluída no roteiro.

Salienta-se que as entrevistas foram realizadas em dias e horários sugeridos pelas mulheres, conforme a disponibilidade manifestada no preenchimento do formulário *online*.

Todas as entrevistas foram audiogravadas para posterior transcrição e análise dos dados, ocorreram nos meses de janeiro e fevereiro de 2022 e não ultrapassaram 50 minutos.

Também fizeram parte da coleta de dados informações provenientes da caderneta de gestante que a mulher recebeu durante o pré-natal, bem como as fichas de registro físicas com as anotações das equipes que prestaram assistência durante o PDP.

A coleta de dados somente se iniciou após aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

Posteriormente às entrevistas, a acadêmica realizou o *download* dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro em plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”. Somente tiveram acesso às entrevistas a acadêmica e a pesquisadora responsável. Todo material será mantido em um dispositivo eletrônico local por um período de cinco anos, sendo desprezado após este período.

A captação de novas participantes foi encerrada quando se atingiu o critério de saturação dos dados, que ocorre quando os dados coletados durante a pesquisa apresentam replicação ou redundância, ou seja, quando não há novas informações, apenas repetindo-se as respostas, não havendo mais conteúdo a ser agregado ao estudo (BOWEN, 2008)

### 3.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram explorados a partir de análise de conteúdo temática segundo Laurence Bardin (2011), o qual respeita um conjunto de técnicas, descrevendo o conteúdo das informações coletadas durante as entrevistas. Esse modelo segue três etapas, compreendendo: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação, cada uma se fragmentando em outras sub-etapas.

A primeira etapa, chamada de pré-análise, ocorreu com a organização do material a ser analisado e com a construção de indicadores para orientar a interpretação final dos resultados, respeitando as regras da exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade (BARDIN, 2011). No estudo em pauta, esta etapa consistiu na organização e preparação dos documentos que seriam analisados.

Na fase de exploração do material, os dados foram codificados em unidades de registro e, após isso, realizada a enumeração de regras de contagem e, por fim, a categorização dos dados que permitiu a organização de informações (BARDIN, 2011). Nesta etapa, em folhas A4

impressas com as transcrições de todas as 13 entrevistas realizadas, foram recortadas 1017 unidades de registro considerando segmento de conteúdo. Após, as unidades de registro foram organizadas em 17 envelopes que corresponderam às categorias temáticas. Por fim, estas categorias compuseram dois grandes temas, apresentados na seção de resultados e discussão.

Na última etapa, nomeada como interpretação dos resultados obtidos, os dados foram embasados pelo referencial teórico com o propósito de dar sentido à interpretação (BARDIN, 2011). Sendo assim, nesta etapa, foram utilizadas referências atuais com o objetivo de apresentar convergências ou divergências em relação aos resultados encontrados.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa respeitou os preceitos legais da Resolução de número 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e também Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS, sendo encaminhado ao CEP da UFFS para parecer e obtendo aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul em dezembro de 2021, sob parecer número 5.170.967 e CAAE número 2930121.1.0000.5564 (ANEXO D).

A partir do aceite de participação e seguindo orientações da Carta Circular nº 1/2021, o TCLE foi assinado pela participante da pesquisa via *Google Forms*, sendo que a assinatura do termo no formato *online* equivaleu ao aceite em participar do estudo. O termo foi encaminhado por um *link*, via *e-mail*, e nele constaram o objetivo e a justificativa para a realização da pesquisa, os riscos e benefícios, bem como a explicação quanto à participação voluntária das mulheres incluídas, além da possibilidade de recusa e/ou desistência em qualquer momento da pesquisa, sem que isso resulte em qualquer dano a elas.

Os riscos ao participar dessa pesquisa foram mínimos e incluíram constrangimento e/ou incômodo durante a realização da entrevista e/ou mobilização emocional. Desta forma, visando minimizar estes riscos e desconfortos, as participantes puderam se recusar a responder quaisquer perguntas e/ou informações caso se sentissem desconfortáveis ou achassem que a resposta se tratava de algo muito pessoal. Ainda, por se tratar de uma pesquisa que envolveu fatos passados, estes poderiam retratar lembranças negativas ou causar desconfortos e, com o intuito de minimizá-los, foi informado e retomado que o objetivo do estudo não se configurava em julgamento, possibilitando que as participantes fossem francas quanto às motivações que

desencadearam a tomada de decisão pelo PDP e, em caso de persistência do desconforto, a entrevista seria encerrada. No entanto, ressalta-se que não houve necessidade de interrupção de nenhuma entrevista.

Ainda, por se tratar de pesquisa que utiliza o ambiente virtual para a coleta de dados, além dos riscos mencionados, consideraram-se os riscos relacionados às limitações das tecnologias utilizadas, principalmente no que tange que a acadêmica e pesquisadora assegurassem total confidencialidade das informações e evitassem potencial risco de violação.

Os benefícios ao participar da pesquisa envolveram a possibilidade de contribuição para a comunidade acadêmica e construção de conhecimento para a obstetrícia e PDP, servindo para auxiliar mulheres que desejam ter um PDP com informações acerca do tema.

A divulgação dos resultados da pesquisa se dará por meio de resumos, artigos científicos e apresentações em eventos. Uma cópia do Trabalho de Conclusão de Curso será enviada às participantes via *e-mail*, na sua finalização.

Para preservar a identidade das mulheres incluídas no estudo, o nome da participante converteu-se na letra P referente à participante, seguida de um número ordinal crescente (P1, P2...), respeitando-se a ordem das entrevistas.

Por fim, salienta-se que a pesquisadora e acadêmica se comprometeram com a utilização dos dados contidos nas cadernetas de gestantes e nas fichas de registro com anotações das assistências durante os PDP a fim de obtenção dos objetivos previstos e, somente após receber a aprovação do sistema CEP/UFFS.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Nesta seção do estudo ocorrerá a caracterização das participantes e a interpretação e discussão dos dados coletados a fim de atingir os objetivos do estudo.

### **4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES**

Para que fosse possível realizar a caracterização das participantes do presente estudo, foram incluídas no roteiro de entrevistas perguntas acerca de seus dados sociodemográficos, tais como: idade, estado civil, grau de escolaridade, crença/religião, renda familiar, cidade em que reside. As informações referentes aos dados sociodemográficos das participantes, encontram-se expostas no Quadro 1.



Quadro 1 – Caracterização das participantes do estudo.

	Idade	Estado civil	Escolaridade	Crença/Religião	Renda familiar*	Cidade que reside
P1	32	Casada	Ensino Superior Completo	Católica	7 a 8	Cunha Porã
P2	43	Casada	Ensino Superior Completo	Católica	12 a 13	Chapecó
P3	27	Casada	Ensino Superior Completo	Evangélica	3 a 4	Nonoai
P4	33	Casada	Ensino Superior Completo	Santo Daime	5 a 6	Chapecó
P5	34	Casada	Ensino Superior Completo	Umbanda	3 a 4	São Miguel do Oeste
P6	28	Casada	Ensino Superior Completo	Xamanismo	6 a 7	Concórdia
P7	33	Casada	Ensino Superior Completo	Católica	6 a 7	Chapecó
P8	29	União estável	Ensino Superior Completo	Católica	6 a 7	Planalto Alegre
P9	25	Solteira	Ensino Superior Completo	Umbanda	5 a 6	Chapecó
P10	39	Casada	Ensino Superior Completo	Espírita	15 a 16	Xanxerê
P11	28	Solteira	Ensino Superior Completo	Católica	2 a 3	Chapecó
P12	31	União estável	Ensino Superior Completo	Católica	4 a 5	Itapiranga
P13	39	União estável	Ensino Superior Completo	Espiritualista	4 a 5	São Lourenço do Oeste

Fonte: elaborado pela autora (2022)

\*Renda em salários mínimos que, na época da coleta de dados, estava fixado em R\$1.212,00.

A idade das participantes variou entre 25 e 43 anos, tendo uma média de 32,3 anos e predominância no intervalo entre 33 e 39 anos. O perfil de idade das participantes foi semelhante ao estudo de Chaves et al. (2022), que mostrou que o intervalo de idade mais frequente entre as mulheres que optaram pelo PDP variou entre 20 e 34 anos e, também, corroborou com a informação de que poucas têm filhos após os 40 anos. Rocha et al. (2021), apresentaram dados semelhantes, no qual a idade das participantes que tiveram PDP variou entre 32 e 37 anos.

Acerca do estado civil, os dados indicaram que oito participantes eram casadas, três apresentavam união estável e duas se declararam solteiras. Chaves et al. (2022), em seu estudo, sinalizaram dados opostos, verificando que a maioria das suas participantes são solteiras, seguido por mulheres casadas e em união estável.

Em relação ao nível de escolaridade, todas as participantes apresentavam ensino superior completo, sendo que mais da metade (sete) possui pós-graduação. Koettker et al. (2018) apresentaram dados semelhantes em sua pesquisa, na qual a maioria das mulheres que escolheram o PDP tinham escolaridade elevada, sendo cerca de 65,6% com ensino superior

completo e 17,3% com pós-graduação. Chaves et al. (2022) verificaram que a maioria das mulheres incluídas em sua pesquisa, que escolheram pelo PDP, tinham entre oito e 11 anos de estudo. Baggio et al. (2022), disseram que as mulheres com mais acesso à informação tiveram melhores condições de se embasarem cientificamente para a tomada de decisão e, também, apresentaram a possibilidade de ter um PDP pela renda familiar mais alta, o que possibilitou a contratação e pagamento pelos serviços prestados nessa modalidade de parto. Essa realidade não é possível para a maioria das famílias brasileiras pela falta de atenção ao parto domiciliar pelo SUS.

Sobre a crença ou religião das participantes, cinco se declararam católicas e duas são praticantes da umbanda. O restante segue outras crenças, sendo que uma é evangélica, uma se considera espírita, uma é espiritualista, uma afirma praticar o xamanismo e uma pratica o Santo Daime. Cursino e Benincasa (2020), não fizeram diferenciação entre as crenças das participantes no seu estudo, mas demonstraram que as mulheres que optaram pelo PDP têm formas espiritualizadas de manifestar as suas crenças, algo que também foi constatado no presente estudo, a partir das falas das participantes. Brillhante e Faustino (2021), apresentaram dados semelhantes de mulheres que pariram em casa com variedade de crenças, observando manifestações mais espiritualizadas de sua fé.

Em relação à classe socioeconômica das participantes, a maioria tem renda familiar acima de cinco salários mínimos, sendo que a renda mais baixa contabilizou entre dois e três salários e a mais alta entre 15 e 16 salários mínimos. Rocha et al. (2021), apresentaram dados similares em seu estudo, no qual a maioria das participantes dispunha de uma renda familiar acima de quatro salários mínimos.

Além das informações apresentadas, foram coletados dados sobre o pré-natal, parto e puerpério imediato das participantes, com informações acerca do número de consultas pré-natais, cidade em que ocorreu o PDP, data do parto, número de gestações, local do nascimento anterior, idade gestacional na data do parto, duração da fase ativa, condições da bolsa amniótica, ambiente do nascimento, posição na hora do período expulsivo, apgar, se houve necessidade de reanimação neonatal, tempo de dequitação da placenta, condições do períneo e se houve necessidade de sutura, intercorrências e uso de indução ou estimulação do TP. Estes dados estão descritos no Quadro 2.

Quadro 2 - Dados sobre a gestação, parto e puerpério imediato

	Nº consultas pré-natais	Cidade onde ocorreu o parto	Data do parto	Pari-dade	Nasci-mento anterior	IG na data do parto	Dura-ção da fase ativa	Condições da bolsa amniótica*	Ambien-te do nascimen-to	Posição adotada no período expulsi-vo	Apgar	Houve reanima-ção neonatal?	Tempo de dequita-ção da placenta	Como ficou o períneo? Foi realizada sutura?	Tiveram intercor-rências obstétricas ?	Houve indução ou estimulação do trabalho de parto?
P1	6	São Miguel do Oeste	19/09 /2020	G2P N2A0	Domicí lio	39+3	6h	BR 12h	Sala	4 apoios na piscina	09/10	Não	2h30	Laceração de 2º grau, sem sutura	Hemorragi a pós-parto	Não
P2	12	Chapecó	31/03 /2020	G3P N2PC 1A0	Hospita l	40	3h	BR 12h	Sala de jantar	Em pé	09/09	Não	Até 10 min	Íntegro	Não	Não
P3	8	Chapecó	19/12 /2020	G1P N1A0	-	40	4h	BR 13h com LA meconial	Sala de estar	4 apoios no sofá	08/09	Não	1h20	Íntegro	Não	Shake
P4	8	Chapecó	03/03 /2021	G1P N1A0	-	40	-	BR	Banheiro	Banqueta de parto no chuveiro	10/10	Não	Menos de 10 min	Íntegro	Não	Óleo essencial de gerânio e santo daime
P5	11	Maravilh a	01/12 /2020	G2P N2A0	Hospita l	39+6	2h	BR, LAC	Banheiro	Cócoras no chuveiro	09/10	Não	2h	Íntegro	Não	Não

P6	11	Concórdia	01/12/2020	G2P N2A0	-	40+6	3h	BR, LAC com odor forte	Banheiro	Deitada	09/10	Não	2h	Íntegro	Não	Shake/Chás
P7	14	Chapecó	16/05/2020	G2P N2A0	Domicílio	39	-	BR pouco antes de nascer	Quarto	Banqueta de parto	09/10	Não	-	Laceração de 1º grau, sem sutura	Não	Não
P8	6	Planalto Alegre	15/05/2020	G2P N1A1	-	39+2	-	BR, LAC	Banheiro	Em pé no chuveiro	10/10	Não	Menos de 5 min	Íntegro	Não	Chás, massagens e banho quente
P9	6	Chapecó	14/06/2020	G1P N1A0	-	41+3	6h	Íntegra com mecônio fluido	Quarto	Em pé	-	Não	30 min	Laceração de 2º grau, sem sutura	Não	Shake
P10	18	Xanxerê	01/01/2021	G3P N1PC 1A1	Hospital	38	8h30	BR 24h	Sala de estar	4 apoios no chão	09/10	Não	1h	Laceração de 2º grau, com sutura	Não	Shake
P11	13	Chapecó	19/03/2021	G1P N1A0	-	40	5 a 6h	BR 15h	Quarto	Semi deitada	09/10	Não	15 min	Íntegro	Não	Não
P12	10	Itapiranga	02/07/2021	G1P N1A0	-	40+5	6h	BR pouco antes de nascer	Sala de estar	Cócoras na piscina	09/10	Não	30 min	Íntegro	Hemorragia pós-parto	Não
P13	20	São Lourenço do Oeste	15/04/2020	G2P N1A1	Hospital	41+5	13h	BR 11h	Quarto	Banqueta de parto	09/10	Não	30 min	Laceração de 1º grau, sem sutura	Edema de colo	Não

Fonte: elaborado pela autora (2022)

\*BR: Bolsa rota

Sobre as consultas pré-natais, é importante salientar que foram contabilizados todos os atendimentos realizados durante o período gestacional, incluindo o acompanhamento com as enfermeiras obstetras que atenderam o PDP e as consultas realizadas com outros profissionais. Sendo assim, destaca-se que todas as participantes (13) realizaram seis ou mais consultas pré-natais, conforme preconiza o Ministério da Saúde, que indica um quantitativo de seis consultas mínimas (BRASIL, 2022). Ainda, salienta-se que quatro participantes frequentaram mais do que doze consultas, sendo que uma entrevistada consultou 20 vezes. Os achados do presente estudo superam os dados trazidos por Rocha et al. (2021), que expuseram que as mulheres realizaram entre sete e 12 consultas pré-natais. Chaves et al. (2022), também identificaram, em seus resultados, que a maioria das mulheres fez mais do que sete consultas pré-natais. Dado que também foi corroborado por pesquisa de Koettker et al. (2018), na qual 89,1% das participantes frequentaram mais do que seis consultas pré-natais.

A cidade onde ocorreu o parto, em alguns casos, foi diferente da cidade de residência da participante, seja por mudança posterior ou devido à escolha da mulher em parir em um domicílio diferente do seu. Também foi possível observar que seis mulheres tiveram seu parto na cidade de Chapecó, uma em Maravilha, uma em São Miguel do Oeste, uma em Concórdia, uma em Planalto Alegre, uma em Xanxerê, uma em Itapiranga e uma em São Lourenço do Oeste, sendo todas as cidades pertencentes ao oeste catarinense.

Considerando o ano dos partos e nascimentos, oito deles aconteceram no ano de 2020 e cinco em 2021, períodos em que a pandemia de COVID-19 estava instalada.

Analizando a paridade das participantes foi possível observar que, no momento do PDP, seis participantes eram primigestas e sete multigestas, sendo que três delas já haviam sofrido um abortamento em gestação anterior. Das sete multigestas, cinco tiveram partos vaginais anteriores, sendo que duas destas tiveram PDPs prévios, inclusive com a mesma equipe de enfermeiras obstetras. Outras duas tiveram cesárea em gravidezes anteriores e três participantes já vivenciaram situações de abortamento. Cursino e Benincasa (2020), apresentaram dados contrastantes ao estudo corrente, verificando que a maioria das mulheres que optaram pelo PDP eram primigestas.

Em relação ao deflagramento do trabalho de parto, todas as mulheres tiveram o seu início no período considerado como termo gestacional, sendo que a maioria (oito) das participantes pariu com 40 semanas ou mais de gestação. O parto com menor idade gestacional ocorreu com 38 semanas e o parto com maior aconteceu com 41 semanas e 5 dias. Chaves et al. (2022), discorreram dados semelhantes e verificaram que 80% das mulheres tiveram seu parto entre 37 e 41 semanas de gestação. Koettker et al. (2018), também evidenciou

informações parecidas, em que a maioria dos nascimentos ocorreu no mesmo período de idade gestacional.

Sobre a duração da fase ativa, a maioria das participantes ficou entre seis e dez horas em trabalho de parto ativo, sendo que o menor tempo foi de duas horas e o maior de 13 horas. Quatro das treze entrevistadas não souberam dizer quanto tempo ficaram em fase ativa de trabalho de parto. Silveira et al. (2021), apontaram que os PDP analisados em seu estudo variaram entre uma e 34 horas de trabalho ativo e tiveram uma duração média de 6,84 horas.

Das treze participantes, doze afirmaram que a bolsa amniótica rompeu espontaneamente antes ou durante o trabalho de parto ou próximo ao nascimento do bebê, variando de 24 horas de bolsa rota até alguns minutos antes do parto. Apenas uma das mulheres relatou parto empelicado. Silveira et al. (2021), mencionaram que 22,41% dos trabalhos de parto tiveram bolsa rota, a qual não ultrapassou 24 horas. Koettker et al. (2018), apontaram que cerca de 17,5% dos partos analisados tiveram bolsa íntegra até o período expulsivo.

Os ambientes mais acessados pelas mulheres para o parto foram a sala de estar - escolha de quatro participantes, o banheiro - opção de quatro participantes e o quarto - ambiente escolhido por quatro participantes, seguido pela sala de jantar - opção de uma participante.

As posições mais adotadas no momento do expulsivo foram quatro apoios, em pé e sentada na banquetta de parto, as quais foram escolhidas por três participantes cada. As posições de cócoras e deitada também foram escolhidas e adotadas por duas participantes, respectivamente. Koettker et al. (2018), citaram que as posições mais utilizadas pelas parturientes do seu estudo foram sentadas na banquetta de parto (23,42%), de quatro apoios (8,8%), de cócoras sustentada (6,0%), sentada/semisentada (4,3%) e em pé (3,6%). Silveira et al. (2021), expuseram que as posições mais escolhidas pelas 120 mulheres entrevistadas foram: sentada na banquetta de parto (n=34), na banheira (n=18), de quatro apoios na banheira (n=13) e de cócoras sustentada na banheira (n=13).

A avaliação atribuída aos RN por meio da escala de apgar demonstrou resultados satisfatórios, tanto no primeiro quanto no quinto minuto de vida, visto que os escores atribuídos pelas enfermeiras obstetras resultaram em valores acima de oito no primeiro minuto de vida. Apenas um RN recebeu estímulo tátil para transicionar após o nascimento, visto apresentar apgar igual a oito no primeiro minuto de vida. A avaliação realizada no quinto minuto foi condizente com resultados superiores a nove em todos os acompanhamentos. Nenhum RN necessitou de reanimação. Silveira et al. (2021), apresentaram dados semelhantes ao presente estudo, com mais de 97,41% dos escores de apgar acima de oito e 0,86% de RN que precisou ser reanimado.

A dequitação da placenta das participantes levou, em média, 50 minutos, sendo que o maior tempo foi de duas horas e 30 minutos e o menor tempo igual a cinco minutos.

O períneo de oito das treze entrevistadas permaneceu íntegro após o nascimento, duas mulheres tiveram laceração de 1º grau e três apresentaram laceração de 2º grau no períneo. Destas que mostraram laceração, apenas uma teve o períneo suturado, a pedido. Silveira et al. (2021), evidenciaram dados semelhantes, sustentando que 53,44% das entrevistadas mantiveram o períneo íntegro após o nascimento ou tiveram lacerações que não foram suturadas.

Frente às intercorrências obstétricas, três das 13 participantes tiveram intercorrências no parto ou pós-parto imediato, as quais foram manejadas pela equipe que as acompanhava no processo parturitivo. Destas, uma teve constatado edema de colo, resolvido com a ingestão de chá de alecrim via oral e o uso de compressas geladas em baixo ventre. Duas participantes apresentaram hemorragia pós-parto manejada com a utilização de 10UI de ocitocina sintética intramuscular, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (2018). Em relação aos dados recém tecidos, assim como sustentado pelo presente estudo, Santos et al. (2018), verificaram que a maioria (96,3%) das mulheres acompanhadas não teve intercorrências no pós-parto e apenas 3,7% apresentaram alguma complicação no período do pós-parto imediato, sendo que uma delas teve hemorragia pós-parto resolvida no domicílio.

A indução do parto foi realizada por quatro das treze participantes, por meio da ingestão de uma bebida a base de suco de pêsego. Após a gestante beber a batida, a média de tempo para o início do trabalho de parto foi de cinco horas. Outras três participantes relataram a utilização de outros métodos que acreditam ter auxiliado no início e progressão do TP. Uma participante utilizou chá de canela, massagens e banhos quentes e outra relatou ter feito uso de Santo Daime e óleo essencial de gerânio na região perineal.

Outras informações sobre o PDP das participantes se encontram no Quadro 3.

Quadro 3 - Informações sobre os presentes no domicílio no PDP e fontes de informações sobre esta modalidade de parto e nascimento

	Quem estava presente no PDP	Como ficou sabendo do PDP	Onde se informou sobre o PDP
P1	Esposo, filho mais velho, doula e três enfermeiras obstetras	Na faculdade	Na <i>internet</i> , com amigas e com as enfermeiras obstetras
P2	Esposo, dois filhos mais velhos e duas enfermeiras obstetras	Por uma colega que indicou o documentário “O Renascimento do Parto”	Com amigas e doula
P3	Esposo e duas enfermeiras obstetras	Pesquisando	Na <i>internet</i>
P4	Esposo, amiga e duas enfermeiras obstetras	Por conhecidos e pela enfermeira obstetra	Com a equipe e pelo documentário “O Renascimento do Parto”
P5	Esposo, mãe, irmã, amiga, doula e duas enfermeiras obstetras	Pelo documentário “O Renascimento do Parto”	Na <i>internet</i> e com uma das enfermeiras obstetras
P6	Esposo, mãe, sogra e duas enfermeiras obstetras	Por meio de pesquisas, depoimentos, com profissionais e amigos	Na <i>internet</i> , com amigas e com uma das enfermeiras obstetras
P7	Esposo, filho mais velho, mãe, doula, fotógrafa, duas enfermeiras obstetras e animais de estimação	Na <i>internet</i>	Na <i>internet</i> , em livros e com a equipe que atendeu o PDP
P8	Esposo, sogra, irmã, fotógrafa e duas enfermeiras obstetras	Por uma enfermeira obstetra	Com uma das enfermeiras obstetras
P9	Esposo e dois enfermeiros obstetras	Por uma amiga	Com a enfermeira obstetra
P10	Esposo, filha mais velha, madrinha, fotógrafa e duas enfermeiras obstetras	Por uma aluna	Por livros e documentários
P11	Esposo, mãe, fotógrafa, dois enfermeiros obstetras e animal de estimação	Pela professora de <i>yoga</i>	Com a enfermeira obstetra
P12	Esposo, doula, fotógrafa e duas enfermeiras obstetras	Por amigas	Estudando
P13	Esposo, doula, duas enfermeiras obstetras e animal de estimação	Pela doula	Na <i>internet</i> e com a equipe

Fonte: elaborado pela autora (2022)



Além da equipe de Enfermagem, as mulheres que participaram do presente estudo puderam vivenciar seu parto junto da família. As 13 participantes foram acompanhadas pelo esposo durante o trabalho de parto. Cinco mulheres contrataram doulas. As quatro participantes que tinham filhos mais velhos vivenciaram o parto com a presença deles. Três mulheres tiveram seus animais de estimação presentes. Cinco das treze participantes tinham consigo uma fotógrafa que registrou todo o processo. Silveira et al. (2021), expuseram dados semelhantes aos achados neste estudo, nos quais 108 das 120 mulheres incluídas foram acompanhadas pelo marido, 90 contrataram doulas, 15 tiveram presentes os filhos mais velhos e sete tinham fotógrafa.

No que concerne à forma como souberam mais informações sobre o PDP, as participantes afirmaram que tiveram contato com essa modalidade de parto a partir de conhecidos e pesquisas, não tendo definido um local ou pessoa única que a apresentou para este universo. Também foi questionado sobre onde as participantes buscaram informações sobre o PDP, sendo que várias afirmaram ter utilizado a *internet* para pesquisas, além de conversas com a equipe que atendeu o processo gravídico-puerperal. Castro e Azevedo (2018), pontuaram que as mulheres incluídas em seu estudo também buscaram por informações na *internet* a fim de adquirir conhecimento acerca do PDP.

Finalmente, o questionário também constou de informações sobre a infecção por COVID-19. Foi questionado se ocorreu contaminação e, em caso positivo, se foi antes, durante ou depois do PDP. Das 13 participantes incluídas na pesquisa, sete manifestaram ter apresentado COVID-19. Destas, duas se infectaram antes do PDP e cinco depois. Nenhuma participante apresentava o diagnóstico de COVID-19 durante o PDP.

Os outros dados coletados resultaram em dois temas, sendo eles: “Tomando a decisão de parir em casa” e “Vivenciando o Parto Domiciliar Planejado”.

#### 4.2 TOMANDO A DECISÃO DE PARIR EM CASA

Ao buscar compreender como ocorreu o processo de tomada de decisão pelo PDP, algumas participantes discorreram como experiências prévias de nascimento dos filhos mais velhos impactaram na tomada de decisão, em virtude das experiências negativas vivenciadas, as quais podem ser identificadas nas falas.

Me lembrava muito de você ter que forçar. A médica dizia: “Faz força. Força! Você tem que se ajudar, né? As enfermeiras, vamos, e você ãhn ãhn (gemidos e face de força), né? (P2)

No primeiro (parto) eu vivenciei um parto com sensação de dor muito alta, né?! (P5)

As vivências negativas prévias acabam por influenciar no momento da tomada de decisão sobre o local de parto das mulheres e suas famílias, seja por violência obstétrica, pelo tratamento recebido durante o processo de parturição, por condutas dos profissionais e, em alguns casos, pela impossibilidade de estarem acompanhadas e/ou escolherem as posições durante o parto. Nesse contexto, a realidade do PDP se demonstra diferente e possibilita desfechos positivos para o binômio mãe-bebê no que tange ao primeiro contato, além da liberdade, protagonismo e presença de figuras importantes para a parturiente durante todo o processo parturitivo (CASTRO; AZEVEDO, 2018; BAGGIO et al., 2022).

Também foi possível observar que uma primeira experiência possibilitou que as mulheres percebessem faltas e erros que aconteceram e repensassem onde e o que gostariam que acontecesse no próximo parto.

Quando minha filha (mais velha) nasceu, eu olhei pro meu marido e falei: “O próximo vai ser em casa! Sem nem pestanejar! (risos)”. Daí eu já entendi do que se tratava, né? E entendi o que ficou faltando que eu gostaria no primeiro parto e decidi que o segundo seria domiciliar. (P5)

Eu acho que meu primeiro parto foi cesárea porque eu não tava empoderada o suficiente (...), veio muito as crenças limitantes que “Ah, é mais fácil no hospital, que... Sabe? Aquela história? (P13)

O conhecimento prévio dessas mulheres sobre o que de fato é parir possibilitou uma tomada de decisão com mais assertividade na nova gestação, seja por maior conhecimento técnico do processo ou por maior autoconfiança após um primeiro parto. Brilhante e Faustino (2021) disseram que o PDP permeia um local de mistério e entrega, o qual não significa ser algo sem planejamentos ou aparato tecnológico para intervir caso seja necessário. Os mesmos autores ainda afirmam que o PDP permite que a parturiente explore seu corpo e crenças em um momento importante e singular, longe das intervenções, protocolos e despersonalização que é comum em rotinas hospitalares (BRILHANTE; FAUSTINO, 2021).

A falta de conhecimentos para embasar a tomada de decisão acerca do parir e nascer em casa, durante a gestação, parece ter sido um fator que influenciou nas tomadas de decisões

anteriores. Esta condição fez com que as mulheres partissem em busca de conhecimentos atualizados que as auxiliassem nesta escolha.

Mas a única coisa que nos impedia, eu acho que, talvez, era por falta de conhecimento (...). (P8)

Eu tive algumas leituras dentro das minhas pesquisas (...) e aí com isso vinha muito conteúdo de parto, de formas de nascer, enfim (...). (P10)

(...) eu que fui atrás dessas informações (...) ninguém me veio e disse assim: “Faz um parto domiciliar que é melhor (...). Então fui buscar informações em profissionais adequados (...), artigos científicos, né? Que falassem sobre o assunto pra que eu pudesse ter informações apropriadas, mais seguras pra tomar minha decisão. (P13)

Estudos realizados por Volpato et al (2021) e Castro e Azevedo (2018) evidenciaram que por meio do conhecimento adquirido, as mulheres se motivaram a optar pelo PDP a partir de dados sobre desfechos maternos e neonatais que se demonstram cada vez mais positivos, bem como sobre os índices de intervenções e violência obstétrica, eventos praticamente inexistentes num PDP. Tudo isso vem contribuindo para a tomada de decisão livre que começa a ser praticada desde a gravidez (VOLPATO et al., 2021; CASTRO; AZEVEDO, 2018).

Esse conhecimento prévio também despertou algo nessas mulheres que as levou a desejarem um PDP. O capital cultural permitiu que elas decidissem o que consideraram seguro e adequado em um parto, despertando desejos e planos para as suas próprias vivências (VOLPATO et al., 2021; CASTRO; AZEVEDO, 2018).

Durante a vida, muitas das mulheres entrevistadas tiveram sonhos e desejos e traçaram planos sobre a forma, local e outros aspectos envolvendo o parto e, a partir das buscas por informações, observaram que alguns desses sonhos, desejos e planos só seriam possíveis por meio de um PDP.

Primeiramente, eu não queria ter nenhuma intervenção desnecessária, né? (P09)

Eu não queria (...) aquela coisa mecânica que o hospital impõe, os horários, o jeito de parir, e se tem que intervir ou não tem que intervir. Aquilo pra mim era muito pesado, era coisa que, ai! Não cabia pra mim. (P10)

Eu vi muito sobre violência obstétrica também, coisas que eu não queria que acontecessem comigo, porque eu não acho que isso seja o natural da vida. (P11)

Sempre foi meu sonho ter um parto com respeito, ter liberdade de me movimentar, comer, dançar, escolher a posição que gostaria de ficar e no ambiente que me sinto confortável que é a minha casa (...) mesmo antes de engravidar, já era meu sonho. (P12)

Frente a isso, se percebe que a liberdade, autonomia e protagonismo foram aspectos do PDP que motivaram essas mulheres a decidirem por essa modalidade de parto, algo que não deveria ser percebido e realizado apenas no domicílio da mulher, mas em todos os espaços de nascimento, como casas de parto, centros obstétricos e afins. Tais princípios e técnicas não são recomendadas, exclusivamente, para o PDP, mas para todos os ambientes em que o parto ocorre, pois são pautadas na humanização do parto e nascimento e devem respeitar o protagonismo da mulher.

Algumas mulheres também demonstraram que planejaram e sonharam para além do respeito a si durante o parto, desejando um tratamento diferenciado para seus bebês. Elas manifestaram que fugiram do convencional, alegando que em ambiente hospitalar observam-se muitas rotinas e normas pré-estabelecidas.

(...) eu queria que meu filho nascesse e queria eu ter contato, o primeiro contato com ele, não queria que levassem ele embora. (P9)

Eu queria que minha filha viesse ao mundo de forma respeitosa, na hora dela, na hora que ela tivesse pronta. (P11)

Em estudo com participantes semelhantes, Sauer (2021) exemplificou que a violência neonatal está tão intrínseca nos procedimentos hospitalares que não é vista como uma forma de violência, mas como uma rotina. Nesse sentido, o RN não é visto como um ser senciente e com necessidades. Por esses motivos, logo após o nascimento, ele passa por diversas intervenções que, muitas vezes, não são indicadas para uma boa transição para a vida extrauterina (SAUER, 2021).

Igualmente, foi possível observar nas falas das mulheres que as crenças pessoais, sejam elas religiosas ou o modo de contemplar a vida, as motivaram na decisão pelo PDP.

Porque eu acredito que a gente deve voltar às raízes, para se conectar mais com o ser humano, com as nossas emoções, com as nossas curas, mesmo. (P4)

Pelo caminho que nós seguimos hoje que é o Xamanismo, de autoconhecer-se, né? Tanto como pessoa, como mulher principalmente. (P6)

De forma alguma eu me via indo pro hospital, desde o primeiro e no segundo parto também. (P7)

Brilhante e Faustino (2021) expuseram em seu estudo que as mulheres buscaram por uma experiência de parto mais íntima, distinta e transcendental, que as permitissem entrar em contato com suas crenças interiores, seus traumas, suas sombras e outras questões que envolvem a espiritualidade humana.

Outras participantes citaram que já tinham tomado a decisão de parir em casa por medo e/ou por não conhecerem o ambiente hospitalar. Percebeu-se, nas falas de algumas entrevistadas, certo receio de precisarem frequentar esse ambiente, seja por fatos relacionados a elas próprias, como também pelos seus filhos.

Eu tinha certo receio de precisar de hospital e saber como seria, porque eu nunca precisei fazer nada (...). Desde bebê nunca precisei ficar internada. (P1)

Nunca fui pra um hospital, então sempre tive medo, de daqui a pouco: “Meu Deus, como vai ser minha reação? Meu filho vai nascer, e aí? Como é que vai ser? Quem vai estar com ele?” (P2)

Isso demonstra que os locais possíveis e tidos como, culturalmente, mais apropriados para as mulheres parirem, eram desconhecidos e as motivaram a escolherem o domicílio, seja por medo de alguma situação específica e/ou por realmente não saberem como seria conduzido todo o processo parturitivo, de nascimento e de pós-parto imediato.

Foi apresentado por Baggio et al. (2021) que as mulheres, ao compararem o hospital ao domicílio, perceberam que teriam mais autonomia e maior possibilidade do companheiro ter participação ativa durante o trabalho de parto, o que as motivou a escolherem o domicílio como local ideal de parto em detrimento ao hospital.

Outras participantes expuseram que o medo da violência obstétrica foi um fator importante na tomada de decisão pelo PDP. Ao se informarem sobre os índices de intervenções desnecessárias e violentas apresentados por contextos hospitalares, sentiram que o ambiente domiciliar seria mais seguro, em seus pontos de vista.

E por conta da violência obstétrica, respeito, eu não queria correr o risco. (P3)

As ocorrências que acontecem dentro do hospital, as porcentagens de violência obstétrica. (P7)

Porque eu não queria ir pro hospital, que não me deixassem ir ao banheiro, que me empurrassem a barriga com não sei o que, com aquela manobra... (Kristeller). (P9)

Os índices de intervenções desnecessárias em hospitais são conhecidos por extrapolarem o recomendado pelas boas práticas obstétricas. Estudos demonstraram que 60 a 90% das mulheres tiveram a alimentação restringida durante o trabalho de parto, que as taxas de episiotomia chegaram a 12% e que o contato pele a pele entre a mãe e o bebê só atingiu 3% dos atendimentos (SILVEIRA et al., 2022; PEREIRA et al., 2019). O uso de ocitocina sintética para a indução do trabalho de parto também foi observado em mais da metade dos partos atendidos e, apesar dos índices de episiotomia se encontrarem abaixo do indicado, não existe literatura que embase que sua utilização é benéfica para prevenir lacerações ou aumentar a passagem durante o parto (SILVEIRA et al., 2022; PEREIRA et al., 2019). Essas informações podem vir a causar medo e insegurança às mulheres que procuram se informar sobre aspectos relacionados à obstetrícia.

Algumas das entrevistadas demonstraram esses medos, crenças e desejos para pessoas conhecidas em busca de apoio, obtendo o suporte e incentivo esperados.

Eu não tive problema nenhum com comentários, né? (...) Quanto ao posicionamento das pessoas e da sociedade (...). Foi muito tranquilo, mas eu sei que nem sempre é assim. (P1)

O apoio veio da maioria das pessoas que já tinham certo conhecimento sobre parto ou pessoas que já haviam vivenciado um PDP. (P5)

E algumas (pessoas) me apoiaram, várias me apoiaram, né? Do meu círculo de amigos mais próximos compreenderam, mesmo não aceitando, compreenderam e me apoiaram, né? (P6)

(...) E outra amiga, que o casal é padrinho (da bebê) já tem uma, já vive nessa mesma vibe que eu, então assim, ela: “Nossa, P13, você consegue”, sabe? “Vai, você é uma mulher forte e corajosa dando a luz a outra mulher forte e corajosa, então você consegue.” Me encorajou, sabe? (P13)

As mulheres, em seu momento perinatal, deveriam estar cercadas por pessoas que as apoiassem e a motivassem em suas escolhas, favorecendo a entrega ao momento e um parto menos exaustivo física e mentalmente. Os companheiros, por sua vez, desempenham um papel muito importante nesse sentido ao se tornarem participantes ativos na tomada de decisão dessas mulheres, as motivando em suas escolhas (BRILHANTE; FAUSTINO, 2021; MEDEIROS et al., 2020; VOLPATO et al., 2021).

Em outros casos, o apoio externo buscado pelas mulheres se deu por conta do contexto pandêmico que o mundo se encontrava.

Mas daí com o COVID deu, assim, tudo muito certo e todo mundo me apoiou e foi ótimo. (P4)

E em 2020 já teve uma mudança nisso tudo, porque as pessoas me falavam: “É a melhor decisão que tu tá tomando”. Por conta do cenário que a gente tava vivendo (...) dá pra se contar nos dedos as pessoas que me apoiaram em 2016 se comparando com 2020. (P7)

O contexto pandêmico permitiu a modificação nas percepções de saúde da população, que passou a ver o hospital com um olhar mais crítico, julgando ser um local para se recuperar de patologias. O parto, nesse ínterim, passou a ser visto como algo fisiológico e natural, saindo da posição de doença e de medicalização. Essa nova percepção de mundo permitiu que as pessoas apoiassem as mulheres em sua tomada de decisão.

Em alguns casos, o parto continuou a ser visto pela ótica biomédica, com a necessidade de intervenções e amparo tecnológico e, muitas pessoas do círculo social das entrevistadas, não reagiram de forma a apoiar a decisão dessas mulheres.

Olha a maioria (das pessoas), bem assustada. (P2)

Algumas pessoas ficaram perplexas, assim, porque nem sabiam que isso existia ainda, né? (P6)

(...) Eu tive muitas pessoas contra mim. (P7)

Assim, (as pessoas ficaram) horrorizadas! (P13)

Algumas participantes, inclusive, referiram terem sido criticadas ao expressarem seus planos para outras pessoas.

(...) Por exemplo, no trabalho, os meus empregadores, colegas de trabalho, amigos, a postura era sempre a mesma: “Mas meu Deus! Tu é louca, porque vai fazer um negócio desses?” (P5)

(...) outros que acabei falando, que acabaram sabendo: “Nossa P6, tu é louca, isso não existe mais, onde que já se viu fazer isso? Isso é muito antigo. E se acontecer alguma coisa? (...) (P6)

(Narrando) “Não faça isso, se vai fazer parto, faça no hospital.” “Não faça!” “Você é louca, louca, louca!” Foi o que eu mais ouvi quando falei que eu escolhi fazer meu parto em casa (risos). (P9)

E quando alguns amigos ou amigas (sabiam), principalmente amigas, ficavam: “Bah! Mas tu é louca! Querer um parto?” E não sei o que. (P10)

A falta de apoio também se manifestou a outras participantes por meio de descrédito e crítica advinda dos profissionais que realizavam o acompanhamento pré-natal.

(Contou) pra enfermeira da unidade, ela ficou bem apreensiva, assim, quando eu contei. Uma enfermeira! (P8)

Porque quando eu estava indo na consulta de pré-natal lá com a médica, eu comentei só uma vez sobre minha decisão de ter minha filha em casa, e ela falou que eu era louca, que eu era maluca porque... depois que aí dava 40 semanas (...) era fácil de ter... Morte do feto, do bebê [...]. (P11)

Estas falas contrariam as recomendações das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017), as quais recomendam que as gestantes que optarem por um parto extra hospitalar - inclusive PDP, não sejam desencorajadas em suas decisões pelos profissionais que as assistem no pré-natal, sendo que a única indicação das Diretrizes é que o acesso à maternidade de referência se dê em tempo hábil (BRASIL, 2017).

Em pesquisa realizada com profissionais da saúde que atuam nas áreas relacionadas ao parto e nascimento (obstetrícia e neonatologia), Cunha et al. (2021) evidenciaram que estes profissionais visualizam o PDP como uma modalidade de parto que oferece risco iminente à mãe e ao feto, inclusive em gestações de risco habitual. A crítica a este modelo de parto e nascimento ocorre mesmo que estes profissionais saibam que existem critérios de elegibilidade, com desconsiderações às referências científicas relacionadas ao PDP e seus desfechos (CUNHA et al., 2021).

A repreensão das pessoas que convivem com a gestante que opta por um PDP pode ser fator que a desmotive ou que a faça desistir de sua escolha, principalmente se tratando de pessoas muito próximas ou de profissionais da saúde que a acompanham. No último exemplo, isso pode ocorrer por causa do julgamento profissional, que costuma ter um peso teórico-científico maior (VOLPATO et al., 2021).



Apesar das críticas e tentativas para desmotivar essas mulheres com a escolha pelo PDP, nada disso teve influência direta na tomada de decisão das entrevistadas, sendo que algumas referiram a necessidade de escolherem como e com quem conversariam sobre o PDP.

Eu nunca deixei me abalar, assim, sabe? Eu sempre falei assim: a tua experiência é tua e a minha vai ser a minha, né? E foi! (P9)

Em alguns momentos eu parava de falar sobre isso (PDP) com aquelas pessoas, eu deixava os assuntos mais triviais e, nesses assuntos, eu não abria espaço porque eu pensava comigo assim: “Não vão me contribuir em nada! Só vão me encher o saco! Então nem quero ouvir!” (P10)

Até o meu pai, ele não queria que eu fizesse, mas eu falei que a decisão era minha e que era o que eu queria fazer. (P11)

Eu não queria que eles (pais) me desencorajassem, me influenciassem (...). (P13)

Além da percepção de que não poderiam conversar com todos os amigos e pessoas conhecidas sobre o PDP, uma pesquisa demonstrou que, fez-se necessário que as mulheres que tomaram essa decisão, omitiram essa informação e não declararam o local de parto para alguns conhecidos a fim de evitarem críticas e repreensões (BAGGIO et al. 2021).

A confiança e o vínculo estabelecido com a equipe também foram fatores que influenciaram na tomada de decisão das entrevistadas demonstrando que, além do conhecimento técnico, a abordagem e metodologia das EOs também fizeram diferença.

As parteiras têm uma postura hands off, que não acontece nos hospitais, não acontece na maioria (...) E eu queria muito vivenciar. (P5)

Olha, sem sombra de dúvidas, eu acho que a importância de quem estava junto me acompanhando, a importância da minha enfermeira, né? (...) Essa tranquilidade, esse amor no que ela faz, no que ela fala, faz com que a gente tome a decisão com mais leveza, né? (P6)

Primeiro por causa da profissional, né? Que eu tinha escolhido já. Então eu queria que fosse esse profissional que eu conhecesse (...) porque eu não queria ficar sem minha parteira junto comigo no momento do parto, foi essa minha decisão. (P8)

Outros fatores relacionados com a equipe tais como, segurança e confiança técnica, também facilitaram a escolha das participantes pelo PDP.

E a EO dando força e me apoiando, né? No sentido técnico e enfim, acho que influenciou bastante, influencia bastante, né? Quando você tem essa segurança, né? Em quem vai te acompanhar na hora, enfim. (P1)

Olha, eu acredito que a confiança que eu tive na parteira (motivou), né? Na EO. (P2)

Principalmente pela confiança que eu tinha na equipe que eu estava contratando pra execução, pra me acompanhar nesse trabalho de parto. (P5)

(...) não é qualquer equipe, né? É uma equipe que tem experiência, já acompanhou muitos partos, há muitos anos, então isso também passa segurança na hora da gente tomar essa decisão (...) Se a gente não está bem amparada, se a equipe não passa segurança, a gente desiste mesmo. (P8)

A confiança no trabalho e o vínculo afetivo com a equipe que acompanhou as participantes durante todo o ciclo gravídico-puerperal demonstrou ser um fator importante no desfecho dos partos domiciliares (SERRES et al., 2020). O vínculo é criado, antes mesmo, do parto, no pré-natal e se torna algo expressivo para a assistência de Enfermagem e para a família, no decorrer do acompanhamento, fazendo com que as conversas e a educação perinatal seja uma troca igualitária entre profissional, paciente e família, dando à mulher autonomia e liberdade durante esse processo (LIMA et al., 2020).

Além da confiança e vínculo com a equipe, algumas das mulheres também foram motivadas por pessoas importantes de seu convívio familiar e social.

O meu marido estava me apoiando, né? Na verdade eu convenci ele, né? Ah! Ele estava do meu lado! (P2)

Ele (marido) receou no começo, mas depois a gente conversou bem e decidimos que optaríamos pelo parto domiciliar. (P3)

Mas a decisão foi totalmente minha e consciente, apoiada, claro, pelo meu companheiro. (P5)

Tive o apoio dele, da minha mãe, das pessoas mais próximas, mas a decisão quem tomou fui eu. (P6)

Minha família me apoiou e era isso que eu queria também, era uma experiência que eu gostaria muito de viver e que graças a Deus eu consegui viver isso e foi maravilhoso! (P11)

Ter vivenciado uma experiência de parto anterior positiva foi fator importante para que algumas entrevistadas recebessem apoio e incentivo familiar para as suas escolhas pelo PDP, na gestação atual.

Da parte da minha família eu não encontrei resistência nenhuma. Todos os meus familiares me apoiaram, porque eles já tinham aprendido na primeira vez, né? (risos) Então, na segunda (gestação), quando eu anunciei que seria PDP, o apoio foi tranquilo, tanto por parte da minha família quanto por familiares do meu esposo. Não houve resistência. (P5)

Em contraponto, algumas mulheres não tiveram apoio de familiares e muitas citaram a mãe como alguém que as desmotivou a terem um PDP. Alegaram que suas mães relatavam experiências ruins de parto ou que estas possuíam outra visão de mundo. A falta de apoio materno, por vezes, se configurou em um empecilho na tomada de decisão das entrevistadas.

A minha mãe é uma que em nenhum momento ela transmitiu assim: “Tá, vai e faz. Não, tu tem razão, de repente é uma boa, uma boa opção, boa alternativa diante da pandemia e tal.” Ela é receosa, desde a minha segunda filha. Ela acha que a cesárea é mais segura. (P2)

Porque pra ela (mãe), ela sofreu muito no parto normal dela, né? E que ela não... Pra eu não contar com ela, porque ela não conseguiria me ver com dor. (P3)

A minha mãe, a crença dela era a seguinte: “Pra que ir parir de parto normal? Se tu tem condições de fazer uma cesárea?” E aquilo, pra mim, já me mostrou que ela não era uma pessoa que eu teria do meu lado, infelizmente (risos). (P10)

Foi descrito por Muros et al. (2021) que muitas mulheres se afastaram de suas famílias pelos julgamentos e críticas em relação à via de parto escolhida, fazendo com que as informações acerca das preferências e alternativas para que o PDP acontecesse não fossem compartilhadas com pessoas em específico, causando certo isolamento.

Além de todos os fatores mencionados, muitas mulheres foram motivadas a escolherem o PDP pelo contexto da pandemia da COVID-19, a qual estava em seu auge durante os anos de 2020 e 2021, anos em que ocorreram os partos das entrevistadas.

Então, a gente estava na pandemia, né? (...) primeiro foi o receio da COVID no hospital, que foi o início de tudo, os hospitais lotados, enfim! (...) eu não vi saída, por causa da pandemia. (P2)

A motivação que foi a chave de ouro foi o COVID. Aí com o COVID realmente foi: “Não! Tem que ser em casa!” Entendeu? Não tem escapatória... Foi uma força a mais só pra me encorajar mais ainda. (P4)

Quando a gente decidiu que seria em casa foi em virtude bastante da pandemia, né? A pandemia só deu um start. Não sei, acho que não seria (PDP). (P8)

De fato, foi a pandemia (que motivou) (...). O medo da pandemia se tornou mais alto, sabe? Porque eu já tinha esse receio do hospital, né? Porque hospital não é um local adequado pra se ter um parto, no meio de uma pandemia muito menos, né? Com pessoas lá morrendo de COVID e eu vou ter meu parto lá? Tá doido? (...) Eu acredito que não (teria optado pelo PDP se não fosse a COVID-19). (P13)

Volpato et al. (2020), indicam, em seu estudo, que as recomendações de organizações ligadas à assistência obstétrica indicaram o PDP como alternativa para assegurar o distanciamento social e evitar superlotação dos hospitais no momento crítico da pandemia de COVID-19 no Brasil. Outros países, os quais têm o PDP implementado na rede pública, já tinham essa modalidade de assistência de forma bastante sólida e adequada, nessa mesma época. Os mesmos autores mencionaram que durante os momentos mais instáveis e incertos da pandemia, os profissionais utilizassem equipamentos de proteção individual (EPI) nos atendimentos de PDP visando garantir maior segurança frente à infecção pelo coronavírus.

Outras mulheres afirmaram que desejavam um PDP antes mesmo da pandemia acontecer e que sua escolha se tratou de uma coincidência ou apenas reforçou suas motivações.

Mesmo que não tivesse pandemia eu teria meu bebê em casa pelo fato de já ter tido um primeiro filho em casa. (P1)

Então, mesmo se não tivesse a pandemia eu teria escolhido o PDP. Foi só uma coincidência, digamos, uni o útil ao agradável (risos). (P3)

Aí quando veio a pandemia, só reforçou ainda mais o quanto nós queríamos o PDP. (P5)

Com pandemia ou sem pandemia, essa seria a escolha pro meu filho nascer (PDP). (P6)

E agora no segundo nascimento (em casa) teve o agravante do COVID também (...), nós só estávamos em uma pandemia, de resto pra mim não mudou nada. (P7)

A pandemia foi mais um motivo de certeza para realizar o PDP, mas mesmo sem ela iria acontecer meu tão sonhado Parto Domiciliar Planejado. (P12).

Em virtude dos relatos das participantes do presente estudo, ficou perceptível que a motivação da tomada de decisão pelo PDP englobou diversas situações, mesmo em um cenário pandêmico. Vargens, Alehagen e Silva (2021), em sua pesquisa, trouxeram que as motivações

das mulheres na tomada de decisão pelo PDP incluíram segurança, autonomia, acolhimento, liberdade e controle, além do medo de ocorrer alguma intervenção em ambiente hospitalar.

Diante do exposto, foi possível compreender que a tomada de decisão das mulheres que escolheram o PDP na pandemia perpassou por diversos âmbitos e situações. Esta se pautou em diálogos, estudos e buscas por informações até a escolha final. Desta forma, não foi atribuída a esta decisão apenas uma motivação específica, mas várias questões relacionadas às próprias mulheres, aos seus filhos, às suas experiências prévias, a aspectos dos ambientes domiciliar e hospitalar, à violência obstétrica, às crenças espirituais, aos modos de vida, dentre outras.

### 4.3 VIVENCIANDO O PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

Ao buscar compreender as vivências das mulheres no PDP, percebeu-se que, até o dia de vivenciar o processo parturitivo e de nascimento de seus filhos, as mulheres se planejaram, prepararam alimentos, organizaram o ambiente, limpavam o espaço físico e ordenaram o espaço que gostariam que o parto ocorresse e que seus filhos nascessem.

Então, eu preparei o ambiente com coisas que fossem me dar conforto em casa, o ambiente, comida. (P1)

E aí eu disse pro meu esposo: “As meninas vão vim aí, então de repente tu faz um bolinho ali pra elas, um bolo salgado”. Sei lá, o que ele ia aprontar lá porque a gente vai receber visita, então organiza ali. (P2)

Nós temos um espaço que é da minha família, que é um instituto Xamânico aqui (...) e nós tínhamos planejado que ele nasceria lá, então preparamos um ambiente em frente ao altar, com colchonete, com algumas velas, com coisas que nós nos conectamos, que fazem parte da nossa vivência de rotina, de vida. (P6)

Eu consegui planejar minha casa. Dia 31/12, já enquanto a gente fazia a ceia eu já tava com tudo planejado, todos aqueles itens que a parteira nos auxilia, em casa tava tudo muito de boas (...). Nós organizamos o apartamento da melhor forma possível, eu fiz posições que eu tinha estudado pra fazer, (...) eu comprei um curso de uma parteira muito legal de Florianópolis e eu fiz tudo (atividades do curso). (P10)

Eu fiquei os nove meses pensando na dor e pensando se eu ia aguentar, se eu ia dar conta, mas eu tava super ansiosa, deu uma neura da faxina uma semana, na semana antes porque eu sabia que tava perto, parecia que eu sabia e eu queria ter tudo organizado, queria estar bonita (...). (P11)

A organização do ambiente, tornando-o mais aconchegante e apropriado para o nascimento, foi uma parte importante da preparação para o parto, para as participantes. Essa ritualização do cuidado com o ambiente pode ser percebida em casais que têm vivências bastantes espiritualizadas e costumam lidar de forma incomum com seus corpos e com o meio em que vivem, limpando de forma física e energética o espaço que ocorreu o parto (CURSINO; BENINCASA, 2020). As entrevistadas apresentaram muitas falas vinculadas às questões espirituais, indo ao encontro das informações apresentadas.

Toda a preparação para o parto permitiu que ele fosse vivenciado com intensidade e entrega e algumas mulheres consideraram uma experiência passível de repetição.

E foi assim, uma experiência incrível. Eu passaria mil vezes pela experiência, se pudesse. Mas foi bem gostoso. (P3)

Eu sempre digo: uma mulher que vivencia uma experiência ruim de parto isso impacta até no tamanho da família dela, né?! Porque uma mulher que não quer ter mais filhos, é uma mulher que não quer mais vivenciar partos, né?! E as minhas vivências foram tão positivas que se eu pudesse teria mais uns 12, tranquilamente, assim (...). Foi muito tranquilo, foi um dia de festa pra mim, esse parto foi um dia de festa. (P5)

Falas semelhantes foram observadas no estudo de Rocha et al. (2021), quando as participantes afirmaram que repetiriam o processo parturitivo, visto ter sido uma experiência indescritível. Como citado pela participante cinco, mulheres que não têm boas experiências parturitivas, dificilmente, desejarão passar novamente pelo processo, mas quando este ocorre de forma agradável e recompensadora existem maiores probabilidades de novas gestações e partos.

Mesmo com toda a preparação, a vivência do parto pode ser desafiadora e, muitas vezes, abalar a autoconfiança da mulher, conforme relatado por duas participantes.

Não posso dizer que o trabalho de parto foi fácil, porque não é! É uma entrega absurda, tem momentos que tu acha que não vai dar conta. (P10)

Tem uma hora que, acho, que chama a hora da covardia (risos), que a pessoa acha que não vai aguentar. (P11)

Esses momentos de falta de autoconfiança podem ter relação direta com as críticas recebidas durante o período pré-natal, porém situações de hesitação fizeram parte da

misticidade do PDP que abrange o entregar-se ao desconhecido, o deleite e diversas incertezas, que o tornam o que é (BRILHANTE; FAUSTINO, 2021).

O apoio das pessoas presentes, nesse momento, foi primordial para que as entrevistadas tivessem forças para continuar o processo de parturição. Algumas falas impactaram para além do momento do parto, fortalecendo ainda mais os vínculos já existentes.

Mas ele me falou, em um momento que eu tava com muita dor. Ele tocou em mim e me disse: “[Nome da participante], ela não vai nascer sem dor, não tem problema você sentir dor, deixa ela vir! É assim mesmo!” Sabe? Assim, um homem te falando isso, teu pai te falando isso. (P13)

No domicílio, as mulheres têm a possibilidade de vivenciarem esse momento ímpar e especial ao lado das pessoas que consideram importantes. Em alguns casos, a presença do marido ou pai da criança foi considerada essencial para o bom desfecho do parto e no amparo às parturientes. Considera-se que a figura paterna precisa ter papel ativo durante o nascimento de seus filhos e se sentirem mais pertencentes ao momento (MUROS et al., 2021; SILVA et al., 2021; BAGGIO et al., 2022).

Para essas mulheres, o parto representou muito mais que apenas sentir dores e contrações e se configurou em um processo de aprendizado e conexão com seus corpos para que as coisas ocorressem como deveriam e da melhor forma, sem sofrimentos ou intervenções.

Na verdade eu sentia, assim, que era um processo, tinha que passar, em nenhum momento eu queria que viesse logo, que fosse o tempo que levasse. Então eu pensei: “Vai ser agora, vamos lá!” E deixei vim. Deixei vim a contração, porque se estava encaixadinho era pra vim (...). (P2)

Eu fiquei bem introspectiva e não sabendo muito o que fazer, como lidar com aquela dor. E foi um processo pra mim ir entendendo que era eu que tinha que parir sabe? Então foi um processo de sair do comodismo e parar de sofrer pra realmente entrar em ação pr’aquilo acontecer (...). (P4)

Eu fechei meus olhos e tentei a todo momento me conectar com o que o meu corpo tava falando, né? (P6)

Os fragmentos de falas apontam que longe de espaços marcados por normas e rotinas, as mulheres tiveram a possibilidade de parir no tempo de seus corpos, sem apressar as fases do nascimento e momentos a serem vivenciados, favorecendo o controle sobre seus partos. Tal fato contraria o ocorrido, majoritariamente, no cenário obstétrico vigente, onde os corpos

femininos ficam à disposição do modelo biomédico que os desqualifica no processo parturitivo. Essa liberdade de sentir possibilitou, inclusive, que as mulheres que tiveram PDP ressignificassem a dor para algo positivo, pois eram seus filhos chegando ao mundo (LIMA et al., 2020; MOCHEUTI, 2020; SILVA et al., 2021).

Algumas participantes afirmaram que o ambiente domiciliar influenciou positivamente no trabalho de parto, favorecendo a entrega e a confiança no processo de parir e permitindo vivências ímpares que não seriam possíveis em outros espaços.

Receber as pessoas na minha casa pra vivenciar esse momento foi muito renovador, muito bacana. (P5)

E eu sei que no hospital isso não seria possível, principalmente pelo momento da pandemia. Então não ia poder ter minha sogra, minha irmã, meu marido comigo, mais a parteira, mais uma fotógrafa. Isso seria impossível num espaço hospitalar, e em casa me permitiu. (...) A gente se questiona se teria todas as riquezas de momentos que a gente tem em casa, né? (P8)

O meu trabalho de parto foi consideravelmente rápido, porque eu tava num ambiente que eu tava me sentindo à vontade, que era o ambiente da minha casa, então eu acredito, eu tenho certeza que se eu tivesse dentro de um hospital eu não teria me sentido à vontade, e teria sido bem difícil, sabe? (P9)

O ambiente domiciliar foi visto como um local seguro para o nascimento para as mulheres pesquisadas e, mais do que isso, proporcionou segurança afetiva, a certeza de estarem longe de procedimentos desnecessários e de que não haveria violência obstétrica e a autonomia em sentir-se livres e empoderadas para tomar as decisões sobre seus processos parturitivos (MOCHEUTI, et al., 2020; VARGENS; ALEHAGEN; SILVA, 2021). O ambiente hospitalar deixou de ser um local seguro para parir para essas mulheres e passou a ser visto como um local de violências, com níveis altos de procedimentos invasivos e assistência padronizada que não leva em conta a individualidade de cada parturiente (CURSINO; BENINCASA, 2020).

Em alguns casos, alguns procedimentos se fizeram necessários para que o trabalho de parto iniciasse ou fosse favorecido, sendo utilizadas técnicas, posições e, até o exame de toque, para que a parturiente relaxasse e pudesse se entregar à evolução do trabalho de parto. Destaca-se que esses procedimentos foram feitos com sutileza e indicação técnica das enfermeiras obstetras responsáveis pelos acompanhamentos, além de anuência das participantes.

E aí a enfermeira, com toda sabedoria dela, numa das contrações, eu abri uma das pernas, e ela fez uma manobra nele (para desprender o ombro do bebê em uma distocia), eu só



fiquei sabendo disso porque ela falou e eu vi o vídeo, porque eu não senti, então pra você ter noção de como ela foi serena e delicada. (P6)

(...) eu não entrava em trabalho de parto de jeito nenhum, nem com acupuntura, não tinha jeito, daí ela falou assim: “Vamos fazer uma tentativa.” Que é tomar o shake (...) Não dei bola, né? Pensei: “Esse shake com pêssego e não sei o que... Ah tá que isso vai me fazer entrar em trabalho de parto!” (Risos) (...) Eu tomei ele (shake) eram 4 horas da tarde, e eu entrei em trabalho de parto às 6 e meia da noite. (P9)

Eu que pedi pras enfermeiras me tocarem pra saber como é que tava lá embaixo porque eu não sabia se tava na hora, eu tava agoniada. Eu tive um toque durante meu trabalho de parto, então isso é fantástico, né? (P10)

Daí eu tive que fazer bastante compressa gelada, tomei bastante chá, eu lembro que eu não aguentava mais tomar chá de alecrim (risos) pra ver se desinchava o edema que criou ali (...) (P13)

As taxas de intervenções nos PDPs são muito baixas se comparadas aos índices hospitalares e, geralmente, seguem as evidências científicas, sendo realizadas quando realmente há indicação e necessidade, sem interferência no processo parturitivo (ARAÚJO et al., 2018; KOETTKER et al., 2018).

O que deixava algumas mulheres mais tranquilas e aliviadas é que elas poderiam decidir o que faziam durante o trabalho de parto. A autonomia foi bastante relatada pelas participantes do estudo.

Preparei as profissionais sobre como eu gostaria que fosse meu parto, da autonomia que eu queria pra esse momento (...). Então durante meu trabalho de parto eu fiz tudo que eu queria, do jeito que eu queria. (P1)

Foi bem natural, bem respeitoso, as enfermeiras obstetras em todo momento respeitaram minhas decisões. (P3)

Eu podia tomar banho a hora que eu quisesse, podia vestir o que eu queria, sempre, nenhuma regra (...) enfim, livre pra caminhar, né? (P8)

Eu queria uma coisa que realmente eu fosse a protagonista do meu parto, eu não queria intervenções, não queria gente me dizendo como que tinha que ser, a não ser que eu pedisse, que foi o caso dos meus partos. (P10)

Deixaram a luz natural, música escolhida por mim estava tocando, avaliavam as contrações e escutavam os BCF na posição que eu estava. (P12)

A forma como o PDP é conduzido pelas equipes promove a humanização do cuidado durante toda a assistência perinatal, tendo uma conduta mais liberal e permitindo que a mulher exerça sua autonomia e conduza o parto como ela sente que é mais adequado. Esses fatos fazem com que as famílias que o vivenciam o percebam como um evento sensível e de protagonismo nas escolhas e decisões de vida (CURSINO; BENINCASA, 2018; SILVA et al., 2021).

A autonomia e o respeito também estiveram presentes nos primeiros momentos de vida do neonato e na *golden hour*.

As meninas já colocaram a bebê nos meus braços, já tentamos colocar no peito (...). (P2)

Ter essa maior conexão com a cria também ali, poder proporcionar também esse maior contato no trabalho de parto e na recepção do filho. (P4)

No PDP ele não foi tirado dos meus braços por duas horas inteiras, o contato pele a pele foi real. (P5)

E aí a enfermeira obstetra disse: “[Nome da participante], agora a gente precisa tirar ele um pouquinho daí.” Porque a gente ficou bem mais que uma hora, minha hora dourada foi bem mais que uma hora. (P8)

Os cuidados comigo e com a bebê sempre da melhor forma, me senti acolhida, abraçada e muito respeitada. (P12)

A *golden hour* é compreendida como a primeira hora de vida extrauterina do bebê, sendo que esse momento é fundamental para a criação de vínculo entre a mãe e o RN. Nessa ocasião, o bebê também é estimulado ao aleitamento materno, há o contato pele a pele e o seu cordão umbilical é clampeado tardiamente. É imprescindível que essa hora seja respeitada e estimulada para assegurar a criação desse vínculo entre o binômio (SEVERO et al. 2021; RAMOS et al., 2018).

Para passar por todo o processo de parturição, algumas mulheres recorreram à força interna e conexão com o ser feminino, tornando o processo bastante empoderador e impactante. Ainda, viram no parto uma oportunidade de entrarem em contato com suas sombras e natureza e ressignificar algumas crenças.

Acho que foi mais essa busca pelo natural, por estar mais conectada à natureza e poder experienciar algo mais selvagem. Como é que eu posso dizer (pausa) resgatar esse poder da mulher de poder parir, sentir essa força (...). Essa busca por resgatar essa conexão com a natureza, conexão com a minha natureza interna também e com o natural. (P4)

(o parto) ressignificou, inclusive, as experiências de parto da minha mãe que foram experiências muito negativas, repletas de violência obstétrica. (P5)

Na hora que eu me entreguei e disse: “Meu corpo sabe parir, vamos arrumar um jeito dele parir.” Ah! Tudo fluiu perfeitamente, e assim foi (risos). (P10)

Para algumas mulheres o PDP se tratou mais do que apenas o nascimento de seus filhos e passou a ser o momento de entrar em contato com sentimentos, sensações e ocasiões vivenciadas anteriormente, de entrega completa para o desconhecido, aceitação e encarar de frente suas fragilidades (BRILHANTE; FAUSTINO, 2021).

A força, potência e natureza animal foram utilizadas como comparação e incentivo durante o trabalho de parto e parto. Ademais, a ancestralidade feminina também serviu de amparo, como citado por algumas participantes.

E naqueles gritos todos, acho que foi uns três gritos de onça (risos). Veio o primeiro e o segundo. E eu sentia que cada grito que eu dava, desses fortes de onça, ele (bebê), descia mais. (P2)

Já foi a primeira expulsão que foi aquele rugido da leoa, né? De libertação assim, forte, incrível, né? (P4)

Eu acreditei no meu potencial de parir o meu filho, se os animais fazem, se minhas vós, minhas bisavós tiveram, porque eu sou incapaz de ter? Não faz sentido. (P9)

A alusão e a ancoragem nas experiências de parto das ancestrais de mulheres que vivenciaram o PDP é bastante presente, principalmente vinculadas à força, potência e coragem femininas, como uma rede de sabedoria feminina que as amparou durante os momentos dos seus partos (BRILHANTE; FAUSTINO, 2021).

Para algumas participantes o parto significou mais do que apenas o nascimento de seus filhos e representou momentos marcantes de curas, transformação, autoconhecimento e empoderamento.

E nossa, foi uma cura, né? Poder parir (...). E aí naquele momento eu, nossa! Eu posso tudo! Aquela sensação de que, nossa! Eu sou muito forte, eu posso qualquer coisa nessa vida! Pena que a gente se esquece disso no decorrer dos dias (risos), mas é uma sensação muito boa, nossa! (P4)

E essa força, essa coragem e essa transformação que eu tive depois que pari meu filho, a frase é um pouco clichê mas ele nasceu e eu renasci. (P6)

Foi extremamente gratificante pra mim como mulher, foi uma cura pra mim ter a minha filha de parto natural e na minha casa, no meu lar (...) Então (chorando) eu até me emociono, porque pra mim teve um significado muito maior que somente um parto. (P13)

A ligação do parto com transformações é relacionada com essa autopercepção de ter conhecido uma nova face de si mesma identificando vulnerabilidades e fragilidades antes não percebidas (BRILHANTE; FAUSTINO, 2021).

O clichê citado pela participante seis referente ao seu renascimento aparece nas falas vinculadas ao feminino e ao renascer como mulher e mãe, trazendo o parto como momento de transformação da mulher que existia antes do parto, nesse novo ser que passou por essa experiência intensa e que conheceu a própria força e potência.

Todos esses momentos marcantes contribuíram para algumas percepções diferenciadas do mundo, da sociedade e da forma que as mulheres são socializadas com estes momentos, sendo desestimuladas a conhecerem seus corpos e desenvolverem suas habilidades e, como consequência, a desacreditarem em suas próprias capacidades de parirem.

Eu acho que a mente fica muito presa a esses padrões chatos e ridículos que impõem à gente e a gente acaba não confiando na nossa natureza, porque o que me pegou mesmo lá em casa foi isso. (P10)

A gente acaba vendo isso como uma verdade. Acreditando que a gente tem que ter medo, que a gente tem que ter nojo, que a gente não é capaz, se você fala pra algumas mulheres que você planta a lua, misericórdia! Te acham uma nojenta, porca, bruxa, do Diabo, sabe? Tipo assim, Jesus! Entendeu? Então (risos) (...) É um nojo do teu próprio corpo. É um paradigma ainda muito forte. (P13)

As mulheres que vivenciam um PDP passam a questionar os padrões impostos pela sociedade sobre gestar, parir, amamentar, ser mãe, entre outros, trazendo à luz, novamente, formas mais acolhedoras de passar pelo ciclo gravídico-puerperal e resgatar o poder do corpo feminino de parir. Com isso, acabam retomando a prática milenar dos nascimentos em casa, com embasamento e suporte de evidências científicas, tornando o método bastante seguro para gestantes de risco habitual (LIMA et al. 2020; BRILHANTE; FAUSTINO, 2021).

A partir das vivências, percepções, motivações e tudo o que permeia o mundo do PDP, as mulheres puderam tirar aprendizados e passar para outras mulheres seus aconselhamentos sobre esse momento único e formas de se preparar melhor.

Em primeiro lugar é preparar a cabeça pra aquela dor e você ter a certeza que é momentâneo e logo que o bebê vai nascer, que isso vai passar. É o melhor pra acalmar no momento das dores. (P7)

Então, assim, a minha fala é essa: “A mulher que vai parir e que quer parir naturalmente, e tá bem consciente disso, ela tem que preparar alguém pra estar consciente do lado dela, porque isso vai gerar um, vai potencializar a ideia daquele parto ser um parto vaginal, sem grandes intercorrências, com respeito, com dignidade, sabe? Acho que é essa a questão, sabe? (P10)

Eu passaria como experiência pra alguém que, se alguém por exemplo vier me perguntar, me pedir dicas de como aguentar um parto... Eu ia falar: “Ó, vai primeiro pra academia. Não pra academia necessariamente, mas caminha, faz tudo o que puder, faz pra ficar preparado pro dia.” Porque é bem cansativo, assim. (P11)

Outros aprendizados das participantes foram mais voltados para o autoconhecimento e o desejo de que outras mulheres também possam vivenciar momentos positivos da mesma forma que elas experienciaram.

Gostaria que mais mães tivessem essa vivência, no momento de maior fragilidade e de maior potência de uma mulher, ter ao lado uma equipe que acolha, com empatia, amor e respeito! (P12)

Você tem que ter um autoconhecimento como mulher, como feminino. Entrar em contato com essa tua energia, com esse teu poder, com essa tua força pra você conseguir passar psicologicamente pelo parto domiciliar planejado. Se eu pudesse recomendar a outras mulheres, se eu pudesse falar pra elas: “Gente, entre em contato com o teu corpo, com o teu feminino.” A gente é criada num mundo muito masculino, em que o nosso feminino é muito abafado. Então a gente pode ter mais contato com isso. Faz bem pra gente. (P13)

As vivências de PDP são singulares para cada mulher e família que o presencia e, nessa perspectiva, a forma como o processo parturitivo, o nascimento e o pós-parto são conduzidos impacta não somente no núcleo familiar, mas também nas pessoas próximas que convivem com a mulher e sua família. Essas experiências contribuem para que a sociedade passe a repensar os meios de nascer e parir de forma mais gentil e acolhedora.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a construção dessa pesquisa, acredita-se que o objetivo de compreender as vivências e motivações de mulheres frente à tomada de decisão pelo PDP na pandemia de COVID-19 foi cumprido.

Constatou-se que as motivações das mulheres que vivenciaram o PDP perpassaram pelas mais diversas particularidades, não sendo apenas um fato ou circunstância que as levou a optarem por essa modalidade de parto e nascimento.

A possibilidade de as participantes manterem-se distantes de um ambiente crítico e superlotado em decorrência da pandemia de COVID-19, as motivou a optarem pelo PDP, além de outros fatores envolvidos com a autonomia, acolhimento, respeito e segurança. Sendo assim, foi possível afirmar que a COVID-19 foi mais um fator motivador para que as entrevistadas se mantivessem no domicílio durante todo o processo parturitivo e puerperal, buscando distanciar-se da internação em ambiente hospitalar.

Foi possível constatar, por meio das falas das entrevistadas, que todas as motivações e vivências sobre o PDP permearam não só as vidas delas, mas de todos os envolvidos no acompanhamento. Tais constatações foram refletidas desde os momentos de entrega e de resgate do poder feminino na hora do parto, os quais divergem do atual modelo biomédico e tecnicista, até momentos do período puerperal e de vinculação com o RN, demonstrando que é possível que esses eventos sejam respeitosos, humanizados e vislumbrados como experiências familiares.

Espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir para estudos na área obstétrica voltados ao PDP, visto que existe uma escassez de literatura sobre essa modalidade de parto. Além disso, é intenção produzir artigos, resumos e apresentar trabalhos em eventos científicos da saúde, saúde materno-infantil, Enfermagem e obstetrícia a fim de propagar o conhecimento gerado com essa pesquisa.

Estima-se que essa investigação possa colaborar para a tomada de decisão pelo PDP de outras mulheres e famílias que estão à procura de informações acerca dessa temática, durante o período gravídico, auxiliando-as sobre a melhor forma e local para parirem e darem à luz aos seus filhos, de forma a incentivar a escolha por essa modalidade de parto e nascimento.

Sugere-se, por fim, que os profissionais que realizam o atendimento pré-natal prezem pela educação perinatal das gestantes, favorecendo uma tomada de decisão consciente acerca do local de parto mais seguro para o nascimento de seus filhos.

## REFERÊNCIAS

- AHMED, M. Z. et al. Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. **Asian journal of psychiatry**, v. 51, p. 102092, 2020. Disponível em: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201820302033?casa\\_token=e5BGcMPB\\_mQAAAAA:a3952T5rDiPonPNXT\\_Md1QomAHkviTObwdV7gmYszFtCW6NwCINFQ9Pq0N\\_1pcHNz-6kHWd3KQ](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201820302033?casa_token=e5BGcMPB_mQAAAAA:a3952T5rDiPonPNXT_Md1QomAHkviTObwdV7gmYszFtCW6NwCINFQ9Pq0N_1pcHNz-6kHWd3KQ) Acesso em: 05 out. 2021.
- BAGGIO, M. A. et al. Parto Domiciliar Planejado assistido por enfermeira obstétrica: significados, experiências e motivação para essa escolha. **Ciência, cuidado e saúde**, v.21, n. 1, p. e57364, 2022. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/57364> Acesso em: 13 mar. 2022.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BOWEN, G. A. Naturalistic inquiry and the saturation concept: a research note. **Qualitative research**, v. 8, n. 1, p. 137-152, 2008. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1468794107085301> Acesso em: 07 out. 2020.
- BRASIL. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal - Versão Resumida**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 2017. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf) Acesso em: 17 mar. 2022.
- BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília-DF: Diário Oficial da União, n. 135, seção 1, p. 55-67, 2012. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/resolucao-no-466-de-12-de-dezembro-de-2012> Acesso em: 14 jan. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Gestão de Alto risco**. 1 ed. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas, 2022.
- BRILHANTE, M. A. A.; FAUSTINO, W. M. Maternidade e Espiritualidade: A experiência das mulheres que escolheram parir em casa. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v. 7, n. 1, p.4018-4034. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/22996> Acesso em: 05 mar. 2022.
- CASTRO, C. M.; AZEVEDO, A. P. F. Narraciones sobre parto domiciliario planificado después de un parto hospitalario. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [S. l.], v.6, n. 1, 2018, Jan- Mar, p. 53-62. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497955422008> Acesso em: 06 Mar. 2022.
- CHAVES, W. B. et al. Sociodemographic profile of women who had homebirth in the municipality of Rio de Janeiro, from 2010 to 2017. **Research, Society and Development**, [S.

l.], v. 11, n. 3, p. e22011326382, 2022. Disponível em:  
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26382>. Acesso em: 4 mar. 2022.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer Técnico COREN/SC N° 023/CT/2016**. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/PT-023-2016-Parto-Domiciliar-Planejado.pdf> Acesso em: 19 set. 2021.

CONEP. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Carta Circular nº1/2021-CONEP/SECNS/MS**. Disponível em:  
[http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/CARTAS/Carta\\_Circular\\_01.2021.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/CARTAS/Carta_Circular_01.2021.pdf) Acesso em: 10 out. 2021.

COLOSSI, L. **Crêterios de elegibilidade das mulheres para o atendimento ao parto domiciliar planejado**: proposta de um protocolo. 2017. 233 f. Dissertaçã (Mestrado) - Curso de Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem, Programa de Pós-Graduaçã em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/188833/PNFR1030-D.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 30 set. 2021.

CUNHA, I. V. A. et al. Representações sociais de profissionais de saúde da área hospitalar sobre o parto domiciliar planejado. **Rev. Enferm. UFSM - REUFSM**. Santa Maria, RS, v. 11, e66, p. 1-20, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/63786> Acesso em: 17 mar. 2022

CURSINO, T. P.; BENINCASA, M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisã sistemática nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1433-44, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n4/1433-1444/> Acesso em: 06 jul. 2021.

FERRAZ, M.; ALMEIDA, A. M.; MATIAS, A.. A influêcia da web na tomada de decisã da grávida: rastreio pré-natal e tipo de parto. **Revista Eletrônica de Comunicaçã, Informaçã e Inovaçã em Saúde**, v. 9, n. 4, 2015. Disponível em:  
<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/913> Acesso em: 07 out. 2020.

FONSECA, M. N. et al. Avaliaçã do nível de percepçã dos riscos de infecçã pelo SARS-CoV-2 e da acessibilidade a informações sobre a Covid-19 no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicaçã, Informaçã e Inovaçã em Saúde**, v. 15, n. 2, 2021. Disponível em:  
<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/2157> Acesso em: 07 out. 2020.

GARCIA, L. P.; DUARTE, Elisete. Intervenções nã farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia e Serviçõs de Saúde**, v. 29, n. 2, p. 1-5, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200009>. Acesso em: 06 out. 2021.

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

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Portal do IBGE: Cidades**. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/panorama>. Acesso em: 13 set. 2021.



KOETTKER, J. G. et al. Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, n. 1, 23 nov. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017034003371>. Acesso em: 04 mar. 2022.

KOETTKER, J. G.; BRÜGGEMANN, O. M.; KNOBEL, R. 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, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/JC9Vqys94N3tpwyVGY46vhy/?lang=pt> Acesso em: 13 set. 2021.

KRUNO, R. B.; SILVA, T. O. da; TRINDADE, P. T. de O. A vivência de mulheres no parto domiciliar planejado. **Saúde (Santa Maria)**, v. 43, n. 1, p. 22-30, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/17736> Acesso em: 06 jul. 2021.

LIMA, K. G. et al. A ressignificação do parto domiciliar na prática de enfermeiras obstétricas. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, e845997923, 2020. Disponível em: [https://redib.org/Record/oai\\_articulo3005463-a-ressignifica%C3%A7%C3%A3o-do-parto-domiciliar-na-pr%C3%A1tica-de-enfermeiras-obst%C3%A9tricas](https://redib.org/Record/oai_articulo3005463-a-ressignifica%C3%A7%C3%A3o-do-parto-domiciliar-na-pr%C3%A1tica-de-enfermeiras-obst%C3%A9tricas) Acesso em: 19 mar. 2022.

MALTA, D. C. et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400026> Acesso em: 06 jul. 2020.

MARTINS, A. P. C. et al. Aspectos que influenciam a tomada de decisão da mulher sobre o tipo de parto. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, e25025, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/25025/15809> Acesso em: 06 out. 2021.

MUROS, T. M. A influência da família na escolha da mulher pelo parto domiciliar planejado. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, e33510716665, 2021. Disponível em: [https://redib.org/Record/oai\\_articulo3286013-a-influ%C3%Aancia-da-fam%C3%ADlia-na-escolha-da-mulher-pelo-parto-domiciliar-planejado](https://redib.org/Record/oai_articulo3286013-a-influ%C3%Aancia-da-fam%C3%ADlia-na-escolha-da-mulher-pelo-parto-domiciliar-planejado) Acesso em: 19 mar. 2022.

NASCER NO BRASIL. **Inquérito nacional sobre parto e nascimento**. In: Sumário Executivo Temático da Pesquisa [online]. 2014. Disponível em: [https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/12/sumario\\_executivo\\_nascer\\_no\\_brasil.pdf](https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/12/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf) Acesso em: 14 set. 2021.

OLSEN, O.; JEWELL, M. D. El nacimiento en casa frente al nacimiento en el hospital. **La Biblioteca Cochrane Plus**, v. 2, n. 2, p. 1-13, 2008. Disponível em: <https://docplayer.es/21193500-El-nacimiento-en-casa-frente-al-nacimiento-en-el-hospital.html> Acesso em: 30 set. 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos**. Genebra: 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y> Acesso em: 20 mar. 2022.

PEREIRA, L. R. et al. Parto Normal E Intervenções Ocorridas Em Uma Maternidade Pública. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 33, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/32631>. Acesso em: 15 mar. 2022.

RAMOS, W. M. A. Contribution of obstetric nurse in good practices of childbirth and birth assistance. **Rev Fund Care Online**. [S. l.] v. 10, p. 173-179, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-908425> Acesso em: 20 mar. 2022.

ROCHA, D. C. et al. O protagonismo feminino no parto domiciliar: relatos de experiências. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 7, p. e53710716684 2 jul. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16684>. Acesso em: 04 mar. 2022.

SANTA CATARINA. Secretaria de Desenvolvimento Territorial. **Plano Territorial de Desenvolvimento Rural Sustentável**. Oeste Catarinense: Sdt/Mda, 2010. 88 p. Disponível em: [http://sit.mda.gov.br/download/ptdrs/ptdrs\\_qua\\_territorio066.pdf](http://sit.mda.gov.br/download/ptdrs/ptdrs_qua_territorio066.pdf). Acesso em: 13 set. 2021.

SANTOS, S. S. et al. Resultados de Partos Domiciliares Planejados assistidos por Enfermeiras Obstétricas. **Revista de Enfermagem da UFSM**. Santa Maria, v. 8, n. 1, p. 129-143, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/28345> Acesso em: 06 mar. 2022.

SAUER, A. G. **Motivações de mulheres pelo parto domiciliar planejado considerando aspectos do recém nascido**, 2021. 59 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Chapecó: Universidade Federal da Fronteira Sul, 2021

SEVERO, R. D. et al. Vivências de puérperas em relação ao parto assistido por enfermeiras obstétricas. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, e42810111830, 2021. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1404> Acesso em: 20 mar. 2022.

SERRES, W. P. et al. Vivências de mulheres com o parto domiciliar: resgate por meio da história oral. **Rev. Enferm. UFSM - REUFSM**. Santa Maria, RS, v. 10, e51, p. 1-18, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/34841> Acesso em: 17 mar. 2022

SILVEIRA et al. Partos domiciliares planejados na região de Campinas de 2013 a 2017. **Research, Society and Development**. v. 10, n. 12, e234101220358, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20358>. Acesso em: 05 mar. 2022.

SILVEIRA, N. B. et al. Indicators of good practices during assistance to women in labor and birth. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 2, p. e2611225319, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25319>. Acesso em: 15 mar. 2022.

VARGENS, O. M. da C.; ALEHAGEN, S.; SILVA, A. C. V. Desejando parir naturalmente: perspectiva de mulheres sobre o parto domiciliar planejado com uma enfermeira obstétrica.

**Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2021; 29:e56113. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.56113> Acesso em: 19 mar. 2022.


VOLPATO, F. et al. Parto domiciliar planejado no contexto da COVID-19: informações para a tomada de decisão. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 1, n. 1, p. 1-18, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.496>. Acesso em: 03 ago. 2021.

VOLPATO, F. et al. Informações que (des)motivam a tomada de decisão das mulheres pelo Parto Domiciliar Planejado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 4, e20200404. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/XqwxZS34ppmNWjspynVTt7d/?lang=en> Acesso em: 13 mar. 2022.

YANG, L. et al. COVID-19: immunopathogenesis and Immunotherapeutics. **Signal transduction and targeted therapy**, v. 5, n. 1, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41392-020-00243-2> Acesso em: 06 jul. 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). Chapecó: Universidade Federal da Fronteira Sul, 2016.

## ANEXO A – Formulário do *Google Forms*



Seção 1 de 3

### MOTIVAÇÕES DE MULHERES FRENTE À TOMADA DE DECISÃO PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NA PANDEMIA DE COVID-19

Prezada participante!

Você está sendo convidada a participar da pesquisa "Motivações de mulheres frente à tomada de decisão pelo Parto Domiciliar Planejado na pandemia de COVID-19", desenvolvida por Leticia Zanotelli, discente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Chapecó, sob orientação da Professora Doutora Joice Moreira Schmalfluss.

O objetivo central do estudo é compreender as motivações de mulheres frente à tomada de decisão pelo parto domiciliar planejado (PDP) na pandemia de COVID-19. Justifica-se essa pesquisa pela percepção, empírica, de que o número de PDP aumentou na região oeste de Santa Catarina após a instalação da pandemia de COVID-19. O convite a sua participação se deve por ter mais de 18 anos e por ter vivenciado um PDP de março de 2020 a dezembro de 2021. A sua participação é de grande importância nesta pesquisa, pois poderá contribuir na construção do conhecimento gerado para a área da obstetrícia, além de ampliar o entendimento sobre o PDP.

Para que você receba as respostas deste formulário no seu e-mail, disponibilize seu endereço eletrônico no espaço abaixo:

E-mail \*

Se possuir interesse em participar da pesquisa, por favor, leia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, se estiver de acordo, prossiga com sua assinatura. \*

- Seguir para a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
- Não tenho interesse em participar desta pesquisa.

Após a seção 1 Ir para a seção 2 (Termo de Consentim...sclarecido (TCLE))

Seção 2 de 3

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) em 16 de dezembro de 2021.

CAAE: 52930121.1.0000.5564

Número do Parecer: 5.170.967

### Esclarecimentos

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizada de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-la será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da acadêmica ou pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio dos contatos explicitados neste Termo. Todas as informações obtidas na coleta de dados serão tratadas de forma sigilosa e confidencial e a sua identidade será mantida em anonimato. No caso de ocorrer a divulgação do estudo em publicações científicas, os seus dados pessoais não serão mencionados e, visando preservar a sua identidade, será utilizada a letra P referente à participante, seguida de um número

mencionados e, visando preservar a sua identidade, será utilizada a letra P referente à participante, seguida de um número ordinal crescente (P1, P2...), respeitando-se a ordem das entrevistas.

Sua participação consistirá em responder a uma entrevista realizada pela acadêmica do estudo, guiada por um roteiro de perguntas elaborado previamente, além de disponibilizar alguns dados da sua caderneta de gestante. Também coletaremos informações das fichas de registros utilizadas pela equipe que prestou assistência no seu PDP. Estima-se que a duração da coleta de dados não ultrapasse quarenta e cinco (45) minutos. Você só terá acesso as perguntas do roteiro depois que tenha dado o seu consentimento, no entanto, serão abordados tópicos que dizem respeito a sua identificação, gestação, pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, bem como motivações para a tomada de decisão pelo PDP. A entrevista será audiogravada somente para a transcrição das informações e, se autorizada por você. Posteriormente à entrevista, a acadêmica realizará o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro em plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". Somente terão acesso à entrevista a acadêmica e a pesquisadora (sua orientadora). Ao final desta, todo material será mantido em um dispositivo eletrônico local por um período de cinco anos, sendo desprezado após este período.

Os benefícios relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa envolvem a possibilidade de contribuição para a comunidade acadêmica e construção de conhecimento para a obstetria e PDP, servindo para auxiliar mulheres que desejam ter um PDP com informações acerca do tema.

A participação na pesquisa poderá causar riscos, tais como: constrangimento e/ou incômodo durante a realização da entrevista e/ou mobilização emocional. Desta forma, visando minimizar estes riscos e desconfortos, você poderá se recusar a responder quaisquer perguntas e/ou informações caso sinta-se desconfortável ou ache que a resposta se trata de algo muito pessoal. Ainda, por se tratar de uma pesquisa que envolve fatos passados, estes podem retratar lembranças negativas ou causar desconfortos e, com o intuito de minimizá-los, ressalta-se que o objetivo do estudo não configura julgamento, possibilitando que você seja franca quanto às motivações que desencadearam a tomada de decisão pelo PDP. Em caso de persistência do desconforto, a entrevista será encerrada. Ainda, por se tratar de pesquisa que utiliza o ambiente virtual para a coleta de dados, além dos riscos mencionados, consideram-se os riscos relacionados às limitações das tecnologias utilizadas, principalmente no que tange que a acadêmica e pesquisadora assegurem total confidencialidade das informações e evitem potencial risco de violação. A fim de evitar tais situações, sugere-se que você não compartilhe o link da sala virtual com outra(s) pessoa(s) e responda às questões da entrevista em ambiente privado, de preferência no seu domicílio. Em caso de vazamento de informações durante a coleta de dados, a sala será fechada e você receberá outro link de acesso para que a entrevista prossiga.

Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais, e caso deseje, uma cópia do Trabalho de Conclusão de Curso será enviada para seu e-mail.

Enfatiza-se a importância de que você guarde em seus arquivos as respostas ao preenchimento deste TCLE, depois que assiná-lo, bem como a versão que será encaminhada para seu e-mail, juntamente com o parecer de aprovação do CEP.

Desde já agradecemos sua participação!

#### Concordância com o TCLE \*

Concordo com o que está exposto no TCLE.

Concordância com o TCLE \*

Concordo com o que está exposto no TCLE.

Possibilidade de gravação da entrevista \*

Autorizo a gravação da entrevista para fins de transcrição.

Não autorizo a gravação da entrevista.

Prefiro participar da pesquisa de outra forma, enviando as respostas às perguntas de maneira escrita.

Após a seção 2 Ir para a seção 3 (Já estamos quase finalizando!) ▼

Seção 3 de 3

## Já estamos quase finalizando!



Descrição (opcional)

Qual(is) o(s) melhor(es) dia(s) e horário(s) para a concessão da entrevista? \*

Texto de resposta longa

## **ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UFFS**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

#### **MOTIVAÇÕES DE MULHERES FRENTE À TOMADA DE DECISÃO PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NA PANDEMIA DE COVID-19**

Prezada participante!

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Motivações de mulheres frente à tomada de decisão pelo Parto Domiciliar Planejado na pandemia de COVID-19”, desenvolvida por Letícia Zanotelli, discente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Chapecó, sob orientação da Professora Doutora Joice Moreira Schmalfluss.

O objetivo central do estudo é compreender as motivações de mulheres frente à tomada de decisão pelo parto domiciliar planejado (PDP) na pandemia de COVID-19. Justifica-se essa pesquisa pela percepção, empírica, de que o número de PDP aumentou na região oeste de Santa Catarina após a instalação da pandemia de COVID-19.

O convite a sua participação se deve por ter mais de 18 anos e por ter vivenciado um PDP de março de 2020 a dezembro de 2021. A sua participação é de grande importância nesta pesquisa, pois poderá contribuir na construção do conhecimento gerado para a área da obstetrícia, além de ampliar o entendimento sobre o PDP.

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizada de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-la será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.



A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da acadêmica ou pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio dos contatos explicitados neste Termo.

Todas as informações obtidas na coleta de dados serão tratadas de forma sigilosa e confidencial e a sua identidade será mantida em anonimato. No caso de ocorrer a divulgação do estudo em publicações científicas, os seus dados pessoais não serão mencionados e, visando preservar a sua identidade, será utilizada a letra P referente à participante, seguida de um número ordinal crescente (P1, P2...), respeitando-se a ordem das entrevistas.

Sua participação consistirá em responder a uma entrevista realizada pela acadêmica do estudo, guiada por um roteiro de perguntas elaborado previamente, além de disponibilizar alguns dados da sua caderneta de gestante. Também coletaremos informações das fichas de registros utilizadas pela equipe que prestou assistência no seu PDP. Estima-se que a duração da coleta de dados não ultrapasse quarenta e cinco (45) minutos. Você só terá acesso às perguntas do roteiro depois que tenha dado o seu consentimento, no entanto, serão abordados tópicos que dizem respeito a sua identificação, gestação, pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, bem como motivações para a tomada de decisão pelo PDP.

A entrevista será audiogravada somente para a transcrição das informações e, se autorizada por você. Posteriormente à entrevista, a acadêmica realizará o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro em plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”. Somente terão acesso à entrevista a acadêmica e a pesquisadora (sua orientadora). Ao final desta, todo material será mantido em um dispositivo eletrônico local por um período de cinco anos, sendo desprezado após este período.

Sobre estas informações, assinale, a seguir, uma das alternativas.

Autorizo a gravação       Não autorizo a gravação

Os benefícios relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa envolvem a possibilidade de contribuição para a comunidade acadêmica e construção de conhecimento para a obstetrícia e PDP, servindo para auxiliar mulheres que desejam ter um PDP com informações acerca do tema.

A participação na pesquisa poderá causar riscos, tais como: constrangimento e/ou incômodo durante a realização da entrevista e/ou mobilização emocional. Desta forma, visando minimizar estes riscos e desconfortos, você poderá se recusar a responder quaisquer perguntas e/ou informações caso sinta-se desconfortável ou ache que a resposta se trata de algo muito pessoal. Ainda, por se tratar de uma pesquisa que envolve fatos passados, estes podem retratar lembranças negativas ou causar desconfortos e, com o intuito de minimizá-los, ressalta-se que

o objetivo do estudo não configura julgamento, possibilitando que você seja franca quanto às motivações que desencadearam a tomada de decisão pelo PDP. Em caso de persistência do desconforto, a entrevista será encerrada. Ainda, por se tratar de pesquisa que utiliza o ambiente virtual para a coleta de dados, além dos riscos mencionados, consideram-se os riscos relacionados às limitações das tecnologias utilizadas, principalmente no que tange que a acadêmica e pesquisadora assegurem total confidencialidade das informações e evitem potencial risco de violação. A fim de evitar tais situações, sugere-se que você não compartilhe o *link* da sala virtual com outra(s) pessoa(s) e responda às questões da entrevista em ambiente privado, de preferência no seu domicílio. Em caso de vazamento de informações durante a coleta de dados, a sala será fechada e você receberá outro link de acesso para que a entrevista prossiga.

Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais, e caso deseje, uma cópia do Trabalho de Conclusão de Curso será enviada para seu *e-mail*.

Enfatiza-se a importância de que você guarde em seus arquivos uma cópia do TCLE, depois que assiná-lo. Desde já agradecemos sua participação!

**CAAE: 2930121.1.0000.5564**

**Número do parecer de aprovação no CEP/UFS: 5.170.967**

**Data de aprovação: 16 de dezembro de 2021**

Assinatura da pesquisadora responsável:

Contato profissional com a pesquisadora responsável:

Tel: (49) 2049.6553-Ramal 6553

E-mail: [joyce.schmalfuss@uffs.edu.br](mailto:joyce.schmalfuss@uffs.edu.br)

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul (UFS)-Campus Chapecó / Rodovia SC 484 - Km 02 - Fronteira Sul / Bloco dos Professores - Sala 312 / CEP 89815-899 / Chapecó, Santa Catarina, Brasil

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

Tel/Fax: (49) 2049.3745

E-mail: [cep.uffs@uffs.edu.br](mailto:cep.uffs@uffs.edu.br)

[http://www.uffs.edu.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2710&Itemid=1101&site=proppg](http://www.uffs.edu.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2710&Itemid=1101&site=proppg)

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)-Campus Chapecó / Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS / Rodovia SC 484 - Km 02 - Fronteira Sul / CEP 89815-899 / Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo da participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ANEXO C - Roteiro de Entrevista Semiestruturada

### **- Identificação / Caracterização da participante / Dados sociodemográficos (entrevista):**

1. Iniciais do nome:
2. Idade:
3. Estado civil:
4. Nível de escolaridade:
5. Crença/Religião:
6. Renda familiar (em salários mínimos):
7. Cidade em que reside:
8. Teve COVID-19 antes ou depois do parto?

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

1. Número de consultas de pré-natal:
2. Cidade em que ocorreu o parto:
3. Data do parto:
4. Quem estava na hora do trabalho de parto/parto:
5. G \_\_\_\_ P \_\_\_\_ C \_\_\_\_ A \_\_\_\_
6. Se teve outras gestações, onde aconteceu o nascimento do bebê:
7. Idade gestacional no dia do parto:
8. Duração da fase ativa:
9. Condições da bolsa amniótica:
10. Onde/Ambiente seu bebê nasceu?
11. Qual a posição que você estava na hora do nascimento do bebê?
12. Em quanto tempo a sua placenta nasceu?

### **- Puerpério imediato (entrevista e fichas de registro)**

1. Como ficou o seu períneo após o parto? Teve necessidade de alguma sutura?
2. Qual o apgar que o seu filho recebeu ao nascer?

3. Houve a necessidade de realizar alguma manobra de reanimação no seu bebê após o nascimento?

4. Aconteceu alguma intercorrência no trabalho de parto, parto ou pós-parto?

- Outras informações relevantes (entrevista)

5. Você fez uso de alguma substância ou técnica para estimular o trabalho de parto? Se sim, o que usou? Com quantas semanas estava?

6. Como você ficou sabendo da modalidade de parto domiciliar planejado?

7. Onde se informou sobre o parto domiciliar planejado?

**- Motivações (entrevista)**

a) Descreva os motivos que te levaram a tomar a decisão pelo PDP.

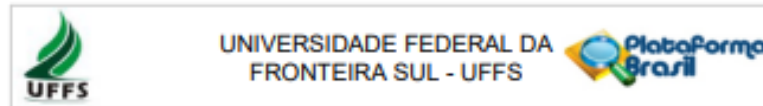
b) Alguém influenciou na sua tomada de decisão pelo PDP? Se sim, quem?

c) Como foi o posicionamento das pessoas frente a sua escolha pelo PDP?

d) Descreva como foi vivenciar o PDP (preparo do ambiente, manejo das contrações, acompanhamento da equipe profissional, entre outros).

e) Se não fosse a pandemia de COVID-19, você acredita que teria optado pelo PDP?

## ANEXO D - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
FRONTEIRA SUL - UFFS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** MOTIVAÇÕES DE MULHERES FRENTE À TOMADA DE DECISÃO PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NA PANDEMIA DE COVID-19

**Pesquisador:** Joice Moreira Schmalfluss

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 52930121.1.0000.5564

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

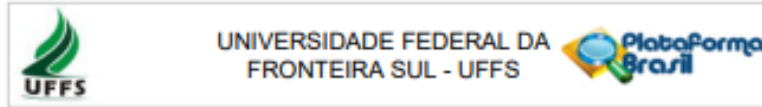
**Número do Parecer:** 5.170.967

#### Apresentação do Projeto:

##### TRANSCRIÇÃO RESUMO:

Antigamente, os partos e nascimentos eram eventos naturalmente domiciliares e familiares, atendidos por parteiras e vivenciados por pessoas conhecidas da parturiente. Após a Segunda Grande Guerra uma parte dos partos e nascimentos passou a ser institucionalizada e medicalizada, com consequências da institucionalização, culminando em violência obstétrica. Atualmente, esses eventos estão sendo resgatados, com a busca por uma assistência natural e respeitosa. Com isso, a procura por partos domiciliares planejados vêm crescendo e se tornando, cada vez mais, uma realidade para muitas mulheres e famílias. Essa modalidade se caracteriza pela assistência a gestações classificadas como de risco habitual e o trabalho de parto, parto e puerpério ocorre integralmente no ambiente domiciliar, com cuidados e suporte técnico prestado por enfermeiras obstetras qualificadas e treinadas para intervir quando necessário. Em virtude da pandemia causada pelo SARS-Cov-2 que provoca a Coronavírus Disease 2019 ou COVID-19, a procura pelo parto domiciliar planejado aumentou e observou-se, empiricamente, que mais mulheres e famílias optaram por vivenciar esse momento em seus lares. A partir do exposto, o presente estudo tem o objetivo de compreender as motivações de mulheres frente à tomada de decisão pelo parto domiciliar planejado na pandemia de COVID-19. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva e exploratória que será realizada na região sul do Brasil, em municípios do oeste do estado de Santa Catarina. Participação do estudo cerca de dez mulheres

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
**Bairro:** Área Rural **CEP:** 89.815-859  
**UF:** SC **Município:** CHAPECO  
**Telefone:** (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Projeto: 5.170.967

que optaram pelo parto domiciliar planejado durante o período pandêmico de COVID-19. Serão critérios de inclusão: mulheres maiores de 18 anos e que tiveram esse tipo de parto de março de 2020 a dezembro de 2021. Serão critérios de exclusão: mulheres que tiveram o parto domiciliar contraindicado segundo os critérios de elegibilidade e mulheres que precisaram ser transferidas para o ambiente hospitalar no decorrer do processo parturitivo. Os dados serão coletados por meio de entrevistas realizadas na modalidade online, utilizando-se plataformas de videoconferências, a partir de um roteiro de entrevista semiestruturado. Todas as entrevistas serão audiogravadas para posterior transcrição e análise dos dados. Estima-se que a duração de cada entrevista seja de, no máximo, 45 minutos. Também farão parte da coleta de dados informações provenientes da caderneta de gestante que a mulher recebeu durante o pré-natal, bem como as fichas de registro com anotações das equipes que prestaram assistência durante o processo. Os dados serão submetidos à análise de conteúdo do tipo temática. Todos os aspectos éticos serão respeitados. Espera-se, a partir do presente estudo, poder contribuir com a área acadêmica, bem como com a tomada de decisão das mulheres pelo parto domiciliar planejado.

**COMENTÁRIOS:**

Adequado.

**Objetivo da Pesquisa:**

**TRANSCRIÇÃO:**

**Hipótese:**

O número de PDP aumentou na região oeste de Santa Catarina após a instalação da pandemia de COVID-19.

**Objetivo Primário:**

Compreender as motivações de mulheres frente à tomada de decisão pelo PDP na pandemia de COVID-19.

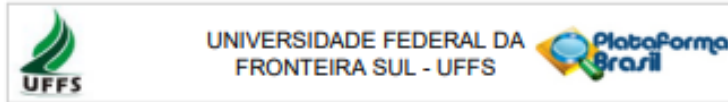
**Objetivo Secundário:**

Não há

**COMENTÁRIOS:**

Adequados.

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
**Bairro:** Área Rural **CEP:** 89.815-899  
**UF:** SC **Município:** CHAPECO  
**Telefone:** (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Protocolo: S.170.967

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**TRANSCRIÇÃO RISCOS:**

Os riscos ao participar dessa pesquisa são mínimos e podem incluir: constrangimento e/ou incômodo durante a realização da entrevista e/ou mobilização emocional. Desta forma, visando minimizar estes riscos e desconfortos, as participantes poderão se recusar a responder quaisquer perguntas e/ou informações caso sintam-se desconfortáveis ou acharem que a resposta trata-se de algo muito pessoal. Ainda, por se tratar de uma pesquisa que envolve fatos passados, estes podem retratar lembranças negativas ou causar desconfortos e com o intuito de minimizá-lo, será informado e retomado que o objetivo do estudo não configura julgamento, possibilitando que as participantes sejam francas quanto às motivações que desencadearam a tomada de decisão pelo PDP. Em caso de persistência do desconforto, a entrevista será encerrada. Ainda, por se tratar de pesquisa que utiliza o ambiente virtual para a coleta de dados, além dos riscos mencionados, consideram-se os riscos relacionados às limitações das tecnologias utilizadas, principalmente no que tange que a acadêmica e pesquisadora assegurem total confidencialidade das informações e evitem potencial risco de violação.

**COMENTÁRIOS:**

Adequados.

**TRANSCRIÇÃO BENEFÍCIOS:**

Os benefícios ao participar da pesquisa envolvem a possibilidade de contribuição para a comunidade acadêmica e construção de conhecimento para a obstetrícia e PDP, servindo para auxiliar mulheres que desejam ter um PDP com informações acerca do tema.

**COMENTÁRIOS:**

Adequados.

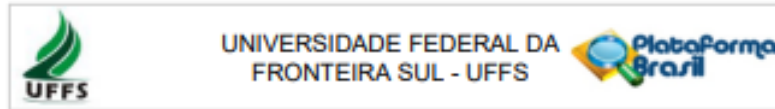
**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**TRANSCRIÇÃO DESENHO:**

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva e exploratória que será realizada na região sul do Brasil, em municípios do oeste do estado de Santa Catarina (SC). Participarão do estudo cerca de dez mulheres que optaram pelo Parto Domiciliar Planejado (PDP) durante o período pandêmico de COVID-19. Os dados serão coletados por meio de entrevistas realizadas na modalidade online, utilizando-se plataformas de videoconferências, tais como:

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
**Bairro:** Área Rural **CEP:** 89.815-899  
**UF:** SC **Município:** CHAPECO  
**Telefone:** (49)2049-3745 **E-mail:** cdp.ufes@uffs.edu.br





Continuação do Parecer: 5.170.967

Google Meet ou Webex, a partir de um roteiro de entrevista semiestruturado. Todas as entrevistas serão audiogravadas para posterior transcrição e análise dos dados. Estima-se que a duração de cada entrevista seja de, no máximo, 45 minutos. Também farão parte da coleta de dados informações provenientes da caderneta de gestante que a mulher recebeu durante o pré-natal, bem como as fichas de registro com anotações das equipes que prestaram assistência durante o PDP. Os dados serão analisados mediante análise de conteúdo do tipo temática.

#### TRANSCRIÇÃO METODOLOGIA:

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva e exploratória que será realizada na região sul do Brasil, em municípios do oeste do estado de Santa Catarina (SC). Justifica-se sua realização devido à escassez de literatura sobre essa modalidade de parto. Participarão do estudo cerca de dez mulheres que optaram pelo Parto Domiciliar Planejado (PDP) durante o período pandêmico de COVID-19. Será utilizado o critério de saturação dos dados para a continuidade de inclusão das participantes. As possíveis participantes do estudo serão contatadas por meio de convite direcionado via e-mail, com somente uma remetente (a acadêmica) e uma destinatária (a possível participante), a partir de uma lista de contatos disponibilizada por enfermeiras obstetras que atuam no atendimento de PDP no oeste catarinense. Apenas terão acesso às informações das participantes a acadêmica e a pesquisadora responsável, não sendo possível que terceiros acessem esta lista. No convite ficará claro que, antes de responder às perguntas no ambiente virtual, será apresentado um termo com aspectos éticos, sendo que o consentimento será previamente apresentado e, caso a mulher concorde em participar, será considerada anuência quando responder a entrevista da pesquisa. O convite para participação do estudo terá um texto, com as devidas instruções de envio, informando sobre a possibilidade de desistência, a qualquer momento e sem nenhum prejuízo, bem como sobre a retirada do consentimento de utilização dos dados da participante. Os dados serão coletados pela acadêmica por meio de entrevistas realizadas na modalidade online, utilizando-se plataformas de videoconferências, tais como Google Meet ou Webex, a partir de um roteiro de entrevista semiestruturado. Todas as entrevistas serão audiogravadas para posterior transcrição e análise dos dados. Estima-se que a duração de cada entrevista seja de, no máximo, 45 minutos. Também farão parte da coleta de dados informações provenientes da caderneta de gestante que a mulher recebeu durante o pré-natal, bem como as fichas de registro com anotações das equipes que prestaram assistência durante o PDP. Prevê-se que a etapa de coleta de dados ocorra nos meses de janeiro e fevereiro de 2022. Posteriormente às entrevistas, a acadêmica realizará o download

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
**Bairro:** Área Rural **CEP:** 89.815-899  
**UF:** SC **Município:** CHAPECO  
**Telefone:** (49)3049-3745 **E-mail:** csp.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: S.170.967

dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro em plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". Somente terão acesso às entrevistas a acadêmica e a pesquisadora (sua orientadora). Ao final, todo material será mantido em um dispositivo eletrônico local por um período de cinco anos, sendo desprezado após este período. Os dados coletados serão submetidos à análise de conteúdo do tipo temática. A devolutiva às participantes se dará por meio de resumos, artigos, apresentações em eventos. Uma cópia do Trabalho de Conclusão de Curso também será enviada às participantes via e-mail, caso estas desejem.

**COMENTÁRIOS:**

Adequados.

**TRANSCRIÇÃO CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:**

Mulheres maiores de 18 anos e que tiveram parto domiciliar planejado de março de 2020 a dezembro de 2021.

**TRANSCRIÇÃO CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:**

Mulheres que tiveram o parto domiciliar contraindicado segundo os critérios de elegibilidade e mulheres que precisaram ser transferidas para o ambiente hospitalar no decorrer do processo parturitivo.

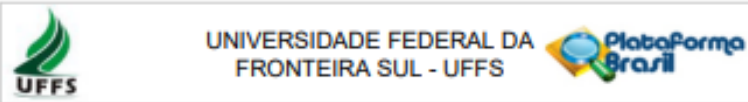
**COMENTÁRIOS:**

Adequados.

**TRANSCRIÇÃO METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS DADOS:**

Os dados serão explorados a partir de análise de conteúdo temática segundo Laurence Bardin (2011), o qual segue um conjunto de técnicas, descrevendo o conteúdo dos discursos apresentados durante as entrevistas com as participantes da pesquisa. Esse modelo segue três etapas, compreendendo: a pré análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação, cada uma se fragmentando em outras sub-etapas. A primeira etapa, chamada de pré análise, ocorrerá com a organização do material a ser analisado e com a construção de indicadores para orientar a interpretação final dos resultados, respeitando as regras da exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade (BARDIN, 2011).

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
**Bairro:** Área Rural **CEP:** 89.215-859  
**UF:** SC **Município:** CHAPECO  
**Telefone:** (49)2049-3745 **E-mail:** csp.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: S.170.967

Na fase de exploração do material, os dados serão codificados em unidades de registro e, após isso, será realizada a enumeração de regras de contagem e, por fim, a categorização dos dados que permite a organização de informações (BARDIN, 2011). Na última etapa, nomeada como interpretação dos resultados obtidos, os dados serão embasados pelo referencial teórico com o propósito de dar sentido à interpretação (BARDIN, 2011).

**COMENTÁRIOS:**

Adequado.

**TRANSCRIÇÃO DESFECHO PRIMÁRIO:**

A partir dessa pesquisa objetiva-se compreender os motivos que levaram à tomada de decisão das mulheres pelo PDP e, dessa forma, contribuir para estudos na área obstétrica voltados para essa modalidade de parto e nascimento.

**COMENTÁRIOS:**

Adequado.

**CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO:**

**COMENTÁRIOS:**

Adequado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

FOLHA DE ROSTO: Adequado.

TCLE: Adequado.

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ONDE SERÃO COLETADOS OS DADOS: Adequado.

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO: Adequado.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: Adequado.

**Recomendações:**

# Considerando a atual pandemia do novo coronavírus, e os impactos imensuráveis da COVID-19

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-800  
 UF: SC Município: CHAPECO  
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.ufff@ufff.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: S.170.967

(Coronavirus Disease) na vida e rotina dos/as Brasileiros/as, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) recomenda cautela ao/à pesquisador/a responsável e à sua equipe de pesquisa, de modo que atendem rigorosamente ao cumprimento das orientações amplamente divulgadas pelos órgãos oficiais de saúde (Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde). Durante todo o desenvolvimento de sua pesquisa, sobretudo em etapas como a coleta de dados/entrada em campo e devolutiva dos resultados aos/as participantes, deve-se evitar contato físico próximo aos/as participantes e/ou aglomerações de qualquer ordem, para minimizar a elevada transmissibilidade desse vírus, bem como todos os demais impactos nos serviços de saúde e na morbimortalidade da população. Sendo assim, sugerimos que as etapas da pesquisa que envolvam estratégias interativas presenciais, que possam gerar aglomerações, e/ou que não estejam cuidadosamente alinhadas às orientações mais atuais de enfrentamento da pandemia, sejam adiadas para um momento oportuno. Por conseguinte, lembramos que para além da situação pandêmica atual, continua sendo responsabilidade ética do/a pesquisador/a e equipe de pesquisa zelar em todas as etapas pela integridade física dos/as participantes/as, não os/as expondo a riscos evitáveis e/ou não previstos em protocolo devidamente aprovado pelo sistema CEP/CONEP.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências e/ou inadequações éticas, baseando-se nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, e demais normativas complementares. Logo, uma vez que foram procedidas pelo/a pesquisador/a responsável todas as correções apontadas pelo parecer consubstanciado, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) julga o protocolo de pesquisa adequado para, a partir da data deste novo parecer consubstanciado, agora de APROVAÇÃO, iniciar as etapas de coleta de dados e/ou qualquer outra que pressuponha contato com os/as participantes.

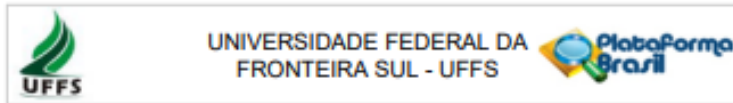
#### Considerações Finais a critério do CEP:

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

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
**Bairro:** Área Rural **CEP:** 89.815-800  
**UF:** SC **Município:** CHAPECO  
**Telefone:** (49)3049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.170.967

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;

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_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1848086.pdf	04/12/2021 03:11:53		Aceito
Outros	Carta_pendencias_CEP_04_12_2021.pdf	04/12/2021 03:10:57	Joice Moreira Schmalfluss	Aceito
Outros	Termo_compromisso_uso_dados.pdf	04/12/2021 03:10:34	Joice Moreira Schmalfluss	Aceito
Outros	Roteiro_Entrevista_Semiestruturada.pdf	04/12/2021 03:09:47	Joice Moreira Schmalfluss	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_TCC_Leticia_AJUSTADO_04_12_21.pdf	04/12/2021 03:09:01	Joice Moreira Schmalfluss	Aceito

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-809  
 UF: SC Município: CHAPECÓ  
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 5.170.967

Justificativa de Ausência	TCLE_TCC_Leticia_AJUSTADO_04_12_21.pdf	04/12/2021 03:09:01	Joice Moreira Schmalfluss	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_Leticia_Zanotelli_Versao_04_12_2021.pdf	04/12/2021 03:08:26	Joice Moreira Schmalfluss	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_TCC_Leticia_AJUSTADO_2VER_SAO.pdf	03/12/2021 00:21:13	Joice Moreira Schmalfluss	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_Leticia_Zanotelli_Versao_CEP_TC_LEAJUSTADO.pdf	29/10/2021 00:25:45	Joice Moreira Schmalfluss	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_TCC_Leticia_AJUSTADO.pdf	29/10/2021 00:24:51	Joice Moreira Schmalfluss	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Leticia.pdf	25/10/2021 10:47:44	Joice Moreira Schmalfluss	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CHAPECO, 16 de Dezembro de 2021

Assinado por:  
Renata dos Santos Rabello  
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
Bairro: Área Rural CEP: 89.815-800  
UF: SC Município: CHAPECO E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br  
Telefone: (49)3049-3745