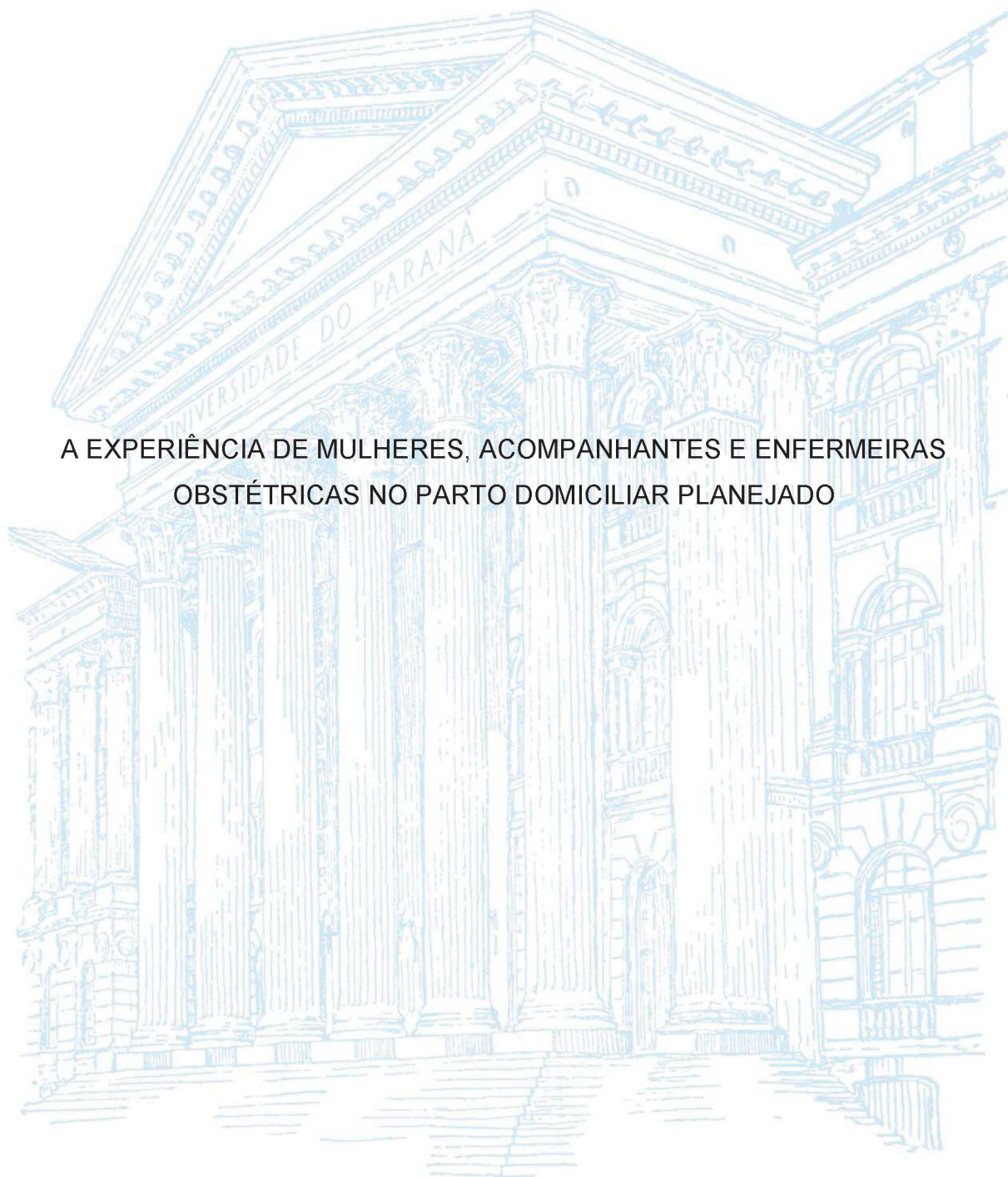


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LARISSA DE OLIVEIRA PERIPOLLI



A EXPERIÊNCIA DE MULHERES, ACOMPANHANTES E ENFERMEIRAS
OBSTÉTRICAS NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

CURITIBA

2019

LARISSA DE OLIVEIRA PERIPOLLI

A EXPERIÊNCIA DE MULHERES, ACOMPANHANTES E ENFERMEIRAS
OBSTÉTRICAS NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Linha de Pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Regina Rossi Kissula Souza

Coorientadora: Profa. Dra. Tatiane Herreira Trigueiro

CURITIBA

2019

Peripolli, Larissa de Oliveira

A experiência de mulheres, acompanhantes e enfermeiras obstétricas no parto domiciliar planejado [recurso eletrônico] / Larissa de Oliveira Peripolli – Curitiba, 2019.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2019.

Orientadora: Professora Dra. Silvana Regina Rossi Kissula Souza
Coorientadora: Professora Dra. Tatiane Herreira Trigueiro

1. Parto domiciliar. 2. Enfermagem obstétrica. 3. Humanização da assistência.
4. Parto humanizado. I. Souza, Silvana Regina Rossi Kissula II. Trigueiro, Tatiane Herreira. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.


CDD 618.20231


TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **LARISSA DE OLIVEIRA PERIPOLLI**, intitulada: **A EXPERIÊNCIA DE MULHERES, ACOMPANHANTES E ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 27 de Fevereiro de 2019.


SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA
Presidente da Banca Examinadora


MARIA LUCIA RAIMONDO
Avaliador Externo (UNICENTRO)


MARILENE LOEWEN WALL
Avaliador Interno (UFPR)

*Dedico este trabalho a todos aqueles que acreditam no parto domiciliar e o defendem com garra e coragem.
Que este trabalho possa sensibilizar profissionais e sociedade a respeitar tantas famílias e profissionais que se dispõem a ocupar este espaço.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, por se manifestar nas coisas mais simples e me ajudar a ver esperança onde eu não conseguia mais.

Aos meus pais Nelvo e Adeiza, por acreditarem em mim e por financiarem meus sonhos desde sempre. Sem vocês eu não seria nada.

À minha imã Marcelle, pela parceria, por dividir confidências, e por abrir os olhos da profissão para uma assistência com amor verdadeiro. Tenho muito orgulho de você.

Às minhas avós Beatriz (in memorian) e Floriza, por representarem para mim a força da mulher, e por suas vivências de parto domiciliar que tanto me inspiram e me acompanham em meus atendimentos.

À minha orientadora, Profa. Dra Silvana Regina Rossi Kissula Souza, por embarcar comigo nessa caminhada e aceitar orientar esse tema que tem tanto significado para mim. Obrigada pela compreensão e pelas palavras de carinho quando eu quis desistir.

À minha coorientadora, Profa. Dra Tatiane Herreira Trigueiro, por ser mais que isso, por se tornar uma colega de trabalho, uma amiga sempre gentil e prestativa, e por se juntar a nós nessa jornada.

À banca avaliadora da qualificação e da defesa pelas contribuições valiosas para a finalização deste trabalho.

Ao meu namorado Lucas, que desde o início me fez refletir sobre as minhas razões de estar no mestrado e soube entender a minha permanência nele. Obrigada por me ajudar a construir esse caminho, e por ficar tantas horas ouvindo sobre parto domiciliar.

À Larissa Setoguchi, eterna dupla de vida acadêmica, obrigada pelos nove anos de amizade e de risadas. Passar por esse período sem você definitivamente não seria possível.

Às amigas Karen e Aline, por sonharem comigo quando o mestrado era apenas um plano. Sou muito grata pela amizade que construímos desde a residência.

Aos amigos João, Etiene e Gustavo que mesmo com a distância imposta pela correria da vida não deixam de torcer por mim e me incentivam sempre a ser melhor.

À Soliane, por reaparecer no meu convívio após tantas vidas e me ajudar a vencer as barreiras que eu mesma criei para encerrar esta caminhada.

À Marcelexandra e Karin, por me acolherem no início da minha trajetória no parto domiciliar no Gaya, por me ensinarem tantas coisas e por compartilharem momentos tão importantes em minha vida profissional. Em qualquer caminho que a vida me leve, serei sempre grata a vocês duas.

Às enfermeiras obstétricas com quem aprendi e que são meu espelho no dia a dia da profissão, obrigada por participarem deste estudo, e por me ajudarem a completar essa jornada.

Aos casais que se dispuseram a me receber em suas casas e dividir comigo suas histórias de parto. Sem dúvida suas histórias foram minha terapia diária nesse caminho tão difícil.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela oportunidade de estar aqui e construir esse trabalho; e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela bolsa concedida no primeiro ano do mestrado.

Às colegas do NEPECHE pelas tardes construtivas e troca de experiências.

À turma do mestrado acadêmico 2017-2019, por tantos momentos de discussão, aprendizado e descontração em meio a tantas incertezas.

À Maternidade Victor Ferreira do Amaral, por representar a concretização de um sonho antigo e à minha chefia por permitir a flexibilização dos meus horários para que eu pudesse cumprir com os compromissos acadêmicos.

RESUMO

Algumas mulheres vêm resgatando o domicílio como alternativa para o parto de seus bebês, a fim de retomarem o papel de protagonistas do nascimento. Da mesma forma, alguns profissionais também encontraram no parto domiciliar uma forma de prestar uma assistência diferenciada e mais autônoma. O objetivo desta pesquisa foi conhecer a experiência das mulheres, acompanhantes e enfermeiras obstétricas no parto domiciliar planejado. Trata-se de pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, realizada em Curitiba e região metropolitana. A coleta de dados ocorreu entre outubro e novembro de 2018 por meio de entrevistas semiestruturadas com oito mulheres, seis acompanhantes e oito enfermeiras obstétricas. O recrutamento dos participantes foi realizado por meio do método bola de neve. As entrevistas foram áudio gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo emergindo nas seguintes categorias: a prática profissional da enfermeira obstétrica no atendimento responsável e superação do modelo tecnocrático; o parto como manifestação do poder feminino; do processo de escolha ao vínculo com a equipe e o parto como evento familiar. Observou-se que as enfermeiras obstétricas possuem formação como especialistas e que possuem experiência no atendimento ao parto hospitalar, o que confere a elas a segurança e responsabilidade necessárias para o atendimento de emergências. Para elas o domicílio confere autonomia para a atuação profissional, é também o local onde têm a possibilidade de colocar em prática conhecimentos e técnicas diferentes daquelas realizadas no hospital. Para muitas o parto domiciliar representa a realização profissional e pessoal. As mulheres referiram que a experiência do parto em casa é transformadora, preparando-a para os desafios da maternidade e representando a força do corpo da mulher. Também acreditam que o domicílio lhes permite ser protagonistas do processo, tendo a liberdade para se expressarem e ter suas escolhas respeitadas. Os casais referiram que a escolha pelo parto domiciliar foi construída após a busca de informação e contato com especialistas, o que também favoreceu a relação de confiança com a equipe e a certeza de receberem a assistência adequada em caso de intercorrências. Na experiência das mulheres e acompanhantes o nascimento no domicílio possibilita a interação com os filhos mais velhos para a chegada do irmão, bem como favorece o resgate do acompanhante como indivíduo ativo no processo, transformando para estes o papel como esposo e fortalecendo a relação com os filhos. Conclui-se que o parto domiciliar representa a ruptura com o modelo tecnocrático vigente na maioria dos estabelecimentos de saúde brasileiros, garantindo a devolução do protagonismo do parto para a mulher e promovendo o sentimento de satisfação tanto para elas como para as enfermeiras obstétricas. Também foi observado que a vivência do parto leva à reconstrução do papel paterno, e promove ainda a desconstrução do tabu ao permitirem a presença dos filhos mais velhos neste evento, levando à construção do conhecimento intergeracional. A partir deste estudo sugere-se a ampliação da discussão sobre a temática no cenário acadêmico, bem como inclusão nas políticas nacionais de saúde a fim de melhorar a aceitação da sociedade e das equipes dos hospitais em casos de transferência.

Palavras-chave: Parto domiciliar; Enfermagem obstétrica; Humanização da assistência; Parto humanizado.

ABSTRACT

Some women have been rescuing their home as an alternative for delivery their babies, in order to resume the role of protagonists of the birth. Similarly, some professionals also found in home childbirth a way to provide differentiated and more autonomous care. The aim of this research was to know the experience of women, their companion and nurse-midwives in the planned home birth. This is an exploratory research of qualitative approach, carried out in Curitiba and region. Data collection occurred between October and November 2018 through semi-structured interviews with eight women, six companions and eight nurse-midwives. The recruitment of the participants was carried out using the snowball method. The interviews were recorded audio, transcribed and subjected to content analysis emerging in the following categories: the professional practice of nurse-midwives in responsible care and overcoming the technocratic model; childbirth as a manifestation of female power; the process of choosing to bond with the team and childbirth as a family event. It was observed that nurse-midwives have training as specialists and also have experience in hospital delivery, which gives them the necessary safety and responsibility for emergency care. For them the residence confers autonomy for professional performance, it is also the place where they have the possibility of putting into practice different knowledge and techniques of those performed in the hospital. For many home births it represents professional and personal success. Women reported that the experience of childbirth at home is transformative, preparing it for the challenges of motherhood and representing the strength of woman's body. They also believe that being at home allows them to be protagonists of the process, having the freedom to express themselves and have their choices respected. The couples reported that the choice for home birth was built after study and contact with specialists, which also favored the relationship of trust with the team and the certainty of receive adequate assistance in case of complications. In the experience of women and companions, home childbirth allows interaction with older children for the arrival of the brother, as well as favors the rescue of the companion as an active participant in the process, transforming the role as a partner and strengthening the relationship with the children. It is concluded that the home birth represents the rupture with the technocratic model prevailing in most Brazilian health establishments, guaranteeing the return of the protagonism of childbirth to the woman and promoting the feeling of satisfaction both for them as for nurse-midwives. It was also observed that the experience of childbirth leads to reconstruction of the paternal role, and further promotes the deconstruction of the taboo by allowing the presence of older children in this event, leading to the construction of knowledge between generations. From this study we suggest the expansion of the discussion on the theme in the academic setting, as well as inclusion in national health policies to improve the acceptance of society and the teams of hospitals in cases of transference.

Keywords: Home childbirth; Obstetric nursing; Humanization of assistance; Humanizing delivery.

LISTA DE SIGLAS

COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
CONITEC	- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
COREN-PR	- Conselho Regional de Enfermagem do Paraná
CPN	- Centros de Parto Normal
DATASUS	- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DNV	- Declarações de Nascido Vivo
EO	- Enfermeiras Obstétricas
ODS	- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
PDP	- Parto Domiciliar Planejado
PPP	- Pré-parto, Parto e Pós-parto
RC	- Rede Cegonha
SUS	- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 JUSTIFICATIVA	14
1.2 MOTIVAÇÃO DA AUTORA PELA PESQUISA.....	15
1.3 OBJETIVO.....	16
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 HISTÓRIA DO PARTO.....	17
2.2 PARTO DOMICILIAR E OS MODELOS DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA.....	20
2.3 ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO	23
3 METODOLOGIA	24
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	24
3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	24
3.3 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA	26
3.4 COLETA DE DADOS	26
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	27
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	31
4 RESULTADOS	32
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	32
4.2 CATEGORIAS.....	33
4.2.1 A prática profissional da EO no atendimento responsável e superação do modelo tecnocrático	33
4.2.2 O parto como manifestação do poder feminino.....	40
4.2.3 Do processo de escolha ao vínculo com a equipe	42
4.2.4 O parto como evento familiar	46
5 DISCUSSÃO	50
5.1 A PRÁTICA PROFISSIONAL DA EO NO ATENDIMENTO RESPONSÁVEL E SUPERAÇÃO DO MODELO TECNOCRÁTICO	50
5.2 O PARTO COMO MANIFESTAÇÃO DO PODER FEMININO	53
5.3 DO PROCESSO DE ESCOLHA AO VÍNCULO COM A EQUIPE	55
5.4 O PARTO COMO EVENTO FAMILIAR.....	58
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	62

APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ENFERMEIRA OBTSÉTRICA	69
APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS MULHER.....	70
APÊNDICE 3 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ACOMPANHANTE	71
APÊNDICE 5 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO MULHER	74
APÊNDICE 6 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ACOMPANHANTE	76
ANEXO - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA..	78

1 INTRODUÇÃO

O parto domiciliar planejado (PDP) vem sendo gradativamente resgatado pela sociedade e desbravado por um conjunto de profissionais que desejam romper com o atual modelo de atenção obstétrica. (SANFELICE et al, 2014). Esse caminho também é cuidadosamente escolhido por uma parcela de mulheres que buscam alcançar um parto respeitoso para seus filhos, associado à prevenção de intervenções desnecessárias. (LESSA et al, 2014).

O modelo tecnocrático é adotado na maior parte do ocidente (BRASIL, 2014) e pode ser caracterizado pela busca constante da cura e solução de problemas por meio de intervenções. Neste modelo, a intervenção do homem – representada pelo profissional médico – é necessária para interceder e corrigir o processo do parto, uma vez que ele é visto como um evento mecânico e defeituoso do organismo feminino. (DAVIS-FLOYD, 2001).

A fim de superar o modelo tecnocrático surgem os modelos humanístico e holístico os quais colocam a mulher como protagonista no processo do nascimento, levando em consideração a influência dos aspectos psicológicos sobre o trabalho de parto. Também propõe explorar o lado espiritual e energético, colocando em prática terapias alternativas e complementares, como a Medicina Tradicional Chinesa. (DAVIS-FLOYD, 2001).

Considerando as diferenças entre os modelos e com o intuito de retomar o protagonismo no parto, as mulheres começaram a questionar o modelo obstétrico praticado nas instituições de saúde na tentativa de retomar o poder sobre seus corpos e suas escolhas para o parto, encontrando no domicílio uma alternativa para serem respeitadas. (GUALDA, 2017).

A necessidade e desejo de ter suas vontades, ritos, crenças e escolhas para o nascimento do filho respeitadas são algumas das motivações para esta escolha. (SANTOS et al, 2014). O nascimento no domicílio surge para garantir que a assistência prestada à mulher no parto a contemple em sua integralidade.

A vivência do PDP proporciona para as mulheres autonomia, liberdade e segurança. (SANTOS et al, 2014). Considerar estes aspectos, especialmente a autonomia, torna-se importante na medida em que demonstra a prática das

políticas públicas em saúde no Brasil que defendem a assistência à mulher na sua integralidade. (BRASIL, 2011a).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) ampara a mulher nessa decisão desde 1996 por meio do Manual Maternidade Segura - assistência ao parto normal: um guia prático, no qual afirma que ela deve ser informada sobre as possibilidades, riscos e benefícios e respeitada em sua escolha.

1.1 JUSTIFICATIVA

Desde 1996 a OMS considera o domicílio como local possível para o nascimento levando em conta questões geográficas e culturais de cada indivíduo e/ou grupo. Levantamento realizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) em 2016 contabilizou 2.857.800 nascimentos no Brasil, com cerca de 19.445 ocorrendo em domicílio, o que representa aproximadamente 0,7% do total de partos. (BRASIL/ DATASUS, 2016a).

No Paraná apenas 0,2% (n=327) do total de nascimentos (n=154.636) ocorreu no domicílio. Na região metropolitana de Curitiba 0,3% (n=155) dos partos registrados (n=20.162) ocorreram em casa.

Estatisticamente demonstra-se uma parcela pequena de partos, contudo, nos últimos 10 anos o índice de partos domiciliares apresentou aumento no sul do país (BRASIL/ DATASUS, 2016a), portanto sugere-se que essa modalidade de nascimento está sendo procurada por muitos casais. É importante ressaltar que não há especificação sobre a condição desses partos nos levantamentos do Estado, podendo englobar tanto partos espontâneos bem como aqueles assistidos por profissionais, o que dificulta entender o contexto em que ocorrem.

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto (BRASIL, 2017) aponta que o parto domiciliar não é oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e que, portanto, não pode recomendar o domicílio como local de assistência para o parto, porém, ressalta que as mulheres não devem ser impedidas de tomar essa decisão desde que estejam bem orientadas.

Em relação a segurança do PDP, estudo realizado em Florianópolis, Santa Catarina, encontrou resultados satisfatórios sobre o atendimento

realizado por enfermeiras obstétricas (EO). Num universo de 100 mulheres atendidas entre 2005 e 2009 apenas 11 necessitaram de transferência para o hospital, porém em nenhum dos casos houve desfechos negativos para o binômio. (KOETTKER et al, 2012).

No âmbito internacional uma revisão sistemática da *Cochrane Library* de 2012 demonstrou que não há evidências que sustentem uma contra-indicação para o parto domiciliar, visto que os dados têm apontado riscos semelhantes aos do parto hospitalar. (OLSEN; CLAUSEN, 2012).

Revisão sistemática publicada em 2018 reuniu 18 publicações sobre o tema e concluiu que o PDP no Brasil é considerado seguro, apresentando pequena porcentagem de transferência para o hospital, não apresentando desfechos negativos para o binômio quando respeitados os critérios de elegibilidade. (CURSINO; BENICASA, 2018).

No Brasil a concentração de estudos sobre o tema está na região sul e sudeste, porém, no Paraná há escassez de estudos sobre desfechos e vivência do parto domiciliar, o que confirma a necessidade deste estudo, uma vez que a temática é bastante atual e gera dúvidas e insegurança por grande parte da população.

Conforme o exposto formulou-se a seguinte pergunta de pesquisa: *Como é a experiência de mulheres, acompanhantes e enfermeiras obstétricas, envolvidos no parto domiciliar planejado?*

1.2 MOTIVAÇÃO DA AUTORA PELA PESQUISA

O interesse na construção deste projeto surgiu a partir de minha inserção na obstetrícia, durante a residência. Nesse período pude conviver com profissionais que atuam neste cenário e com mulheres que tiveram seus partos em casa acompanhada por equipes capacitadas, o que despertou em mim a curiosidade sobre esse universo.

Enquanto enfermeira obstétrica tive a oportunidade de atuar neste contexto entre 2017 e 2018, por aproximadamente oito meses. Essa experiência abriu caminhos diversos em minha vida, proporcionando muitos momentos de alegria e outros de angústia ao sentir o peso de ir contra o sistema.

Durante as entrevistas me reconheci em muitas das falas das profissionais entrevistadas e senti o desejo de que a sociedade comece a olhar com mais carinho para esse cenário.

Com a divulgação deste trabalho espera-se mostrar para a sociedade a realidade vivida pelas pessoas que optam por viver um parto domiciliar, expondo aspectos que até então podem ser desconhecidos pelo senso comum.

1.3 OBJETIVO

Conhecer a experiência de mulheres, acompanhantes e enfermeiras obstétricas envolvidos no parto domiciliar planejado.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo serão abordados temas que envolvem o contexto do parto no Brasil e no mundo, a fim de que se torne possível compreender os aspectos que envolvem o PDP.

2.1 HISTÓRIA DO PARTO

Anteriormente à criação dos hospitais, até o final do século XIX, o local mais aceitável para o nascimento era o domicílio. O ambiente institucionalizado era temido e famoso pelas péssimas instalações e higiene precária. Desta forma, recorriam aos hospitais somente mulheres marginalizadas—escravas, negras e prostitutas – e aquelas com graves complicações na gestação. (MOTT, 2002).

O parto era considerado um evento essencialmente feminino, do qual participavam apenas a parteira, mulheres da família, amigas e mulheres da vizinhança. (LEAVITT, 2009). As mulheres pariam em posições diversas, verticais, na crença de que a natureza deveria agir sobre o corpo, favorecendo a mobilidade do quadril. (GUALDA, 2017).

A figura da parteira existe desde essa época, porém essa prática nem sempre era exercida por profissionais diplomadas e, quando necessário, a presença do médico era solicitada. (MOTT, 2002). A parteira representa uma figura maternal, provedora de segurança e proteção da cena do parto, ainda que em algumas culturas, indígenas principalmente, a mulher busque isolar-se da comunidade, a fim de dar à luz a seu bebê sozinha. (ODENT, 2016).

Com o surgimento da obstetrícia como especialidade médica nos séculos XVII e XVIII e sob influência da visão mecanicista/ biomédica, o evento do parto começou a ter intervenção da figura masculina, visto que os homens saíam de casa para estudar, de modo que a atuação das parteiras e das obstetrias passou a sofrer ameaça e a autonomia da mulher nesse processo menosprezada. (BRASIL, 2010).

Somado a isto, com o fortalecimento do capitalismo no século XIX aumentou também o incentivo à medicalização. Considerando que o processo do parto já vinha sofrendo intervenções decorrentes do modelo Tecnocrático,

houve neste momento a prática de medicalizar os demais ciclos do corpo feminino, transformando-os em suas características essenciais e criando condições patológicas. (BRASIL, 2010).

A medicalização do parto surgiu em meados do século XVIII, ainda no âmbito domiciliar com o uso do ópio para aliviar sensações dolorosas. Nessa época surgiu também o uso do fórceps para auxiliar nos nascimentos considerados difíceis. Posteriormente, no século XIX, quando a figura masculina do médico começou a atuar na assistência ao parto, passou-se a utilizar o éter e o clorofórmio para efeitos analgésicos o que gerou em muitas mulheres o desejo de buscar atendimento por esse profissional. (LEAVITT, 2009).

Apesar disso, o domicílio ainda garantia certa autonomia no processo de escolha da mulher, ainda que houvesse intervenção medicamentosa. Contudo, os médicos não conseguiam exercer a figura de poder como desejavam, o que pode ter exercido influência para a transição do domicílio ao hospital. (LEAVITT, 2009). O fórceps também exerceu certa influência nesse sentido, já que para sua utilização a mulher deveria se colocar deitada em posição ginecológica, favorecendo o controle do médico. (GUALDA, 2017).

Sugere-se cinco fatores que favoreceram a transição para o hospital, sendo o primeiro deles foi o medo dos perigos do nascimento, chamado pelas mulheres do século XIX de “*shadow of maternity*”, em português: sombra da maternidade, o que gerava uma tortura psicológica desde a descoberta da gravidez pelo constante medo de não sobreviverem ao parto. (LEAVITT, 2009).

O segundo fator contribuinte foi o avanço do estudo da microbiologia. Os médicos começaram a aplicar técnicas que contribuíssem para a redução do risco de infecção puerperal, que na época era a principal causa de morte materna. Muitas mulheres entendiam ser extremamente difícil manter padrões de limpeza adequados para o atendimento em casa e, portanto, começaram a migrar para os hospitais. (LEAVITT, 2009).

No início do século XX, após a Revolução Industrial nos Estados Unidos, houve a fragilização das redes de apoio das mulheres, dificultando a manutenção da tradição de ter o parto como um evento feminino. A dificuldade de encontrar mulheres que pudessem suprir essa necessidade tornou-se o terceiro fator determinante para o fim do parto em casa. (LEAVITT, 2009).

O avanço do uso das tecnologias foi o quarto acontecimento a impulsionar a entrada no ambiente hospitalar. O incremento do fórceps, uso de analgesia, surgimento da cesárea e outras técnicas cirúrgicas demonstraram possibilidades para resolver complicações importantes e salvar a vida das mulheres. Contudo, tornou-se uma ferramenta para fortalecer o monopólio dos médicos sobre o parto, contribuindo para enfraquecer a autonomia das mulheres nesse momento. (LEAVITT, 2009).

A figura da parteira passou a ser desvalorizada quando o aumento do uso dessas tecnologias na gestação e no parto começaram a ser difundidas pela sociedade, criando a ideia de que o parto era um evento puramente anatômico e biológico, envolvido por inúmeros processos patológicos e que, portanto, precisariam do apoio de médicos cirurgiões. (GUALDA, 2017).

Ao final do século XX, o próprio ambiente hospitalar influenciou a escolha do local para o parto. Além da grande procura para espaço de atuação dos médicos obstetras, as famílias passaram a enxergar o domicílio como insuficiente para garantir a segurança do bebê em casos de complicação. (LEAVITT, 2009).

Apesar da imagem de segurança vendida pelos médicos e pelos hospitais as mulheres se depararam com excesso de intervenções medicamentosas e cirúrgicas, autonomia sobre seus corpos devastada, abandono e inserção em um ambiente de desconhecidos, uma vez que nenhum familiar podia adentrar as portas das salas de parto. Além disso, para surpresa da comunidade médica, os índices de morte materna permaneceram assustadoramente altos. (LEAVITT, 2009).

A diminuição da mortalidade materna passou a ser expressiva após 1935, quando o avanço na utilização de antibióticos e da transfusão sanguínea, visto que as maiores causas de morbimortalidade eram infecção puerperal e hemorragia. (GUALDA, 2017).

Com o tempo as próprias mulheres passaram a questionar a assistência que recebiam nos hospitais, que na maior parte das vezes era fria, impessoal e não valorizava suas vontades para a chegada de um filho. Algumas correntes de pensamento propuseram o incentivo ao preparo “psicofísico” dessas mulheres durante a gestação, o que supostamente iria favorecer o controle da dor através de exercícios, respiração e controle do

pensamento; processo parcialmente aceito pelos obstetras, que garantiam uma conversa mais aberta com as pacientes sobre suas necessidades no parto, porém sem entregar o poder sobre a situação para elas. (GUALDA, 2017).

Em 1960, o movimento feminista também teve grande influência nos questionamentos sobre a autonomia da mulher no parto. As instituições de saúde e os médicos começaram então a buscar alternativas para contornar o movimento, foi quando ocorreu a criação do sistema de alojamento conjunto, a garantia de permanência do acompanhante e a criação dos quartos pré-parto, parto e pós-parto (PPP). Nesse contexto também começam a surgir as casas de parto, a fim de oferecer um ambiente com características semelhantes a um lar, porém provida de equipamentos de saúde e equipe capacitada. (GUALDA, 2017).

Apesar disso algumas mulheres ainda se sentem restritas às condutas e normas impostas pelos hospitais, buscando o domicílio como alternativa para suprirem suas necessidades físicas, emocionais e culturais com segurança e a tranquilidade de estarem no seu ambiente natural. (GUALDA, 2017).

2.2 PARTO DOMICILIAR E OS MODELOS DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA

A obstetrícia da atualidade encontra-se num cenário de conflito entre diversos modelos de atenção. A medicalização excessiva no processo de nascimento é uma das responsáveis pela dificuldade em reduzir os índices de mortalidade materna e neonatal. Apesar dos avanços das políticas públicas voltadas para a saúde materna, predomina o modelo tecnocrático no cuidado a saúde, tratando qualquer adaptação do corpo feminino como defeituoso. (BRASIL, 2014).

Como reflexo disso deparamo-nos com um paradoxo perinatal, no qual o ciclo gestacional é visto como patológico e em que, portanto, devem ser adotadas medidas para reduzir o risco de mortalidade materna e neonatal; entretanto, ao transferir todo o cuidado para um ambiente repleto de intervenções desnecessárias, dentre elas o uso indiscriminado de medicações e grande quantidade de cesáreas, a mulher fica mais exposta ao risco de hemorragia e infecção, assim como também aumenta o risco para o bebê. Deste modo, o desfecho tende a ser mais próximo do negativo ao invés de

caminhar para a real diminuição da morbimortalidade. (BRASIL, 2014).

Nesse sentido cabe ressaltar que a redução da mortalidade materna e neonatal integra a agenda dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU) (2015) para o ano de 2030 e que, portanto, o Brasil deve estar atento à necessidade de superar o modelo de atenção vigente no país.

Recentemente a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) elaborou relatório com diretrizes específicas para o incentivo das melhores práticas na assistência ao parto normal. Neste documento consta a discussão sobre qual o local mais adequado para o parto, apontando que não há diferenças significativas relacionadas à morte materna e neonatal nos partos que ocorrem no domicílio quando comparados ao parto hospitalar. (BRASIL, 2016).

O domicílio é apresentado como possibilidade para o nascimento para as mulheres que se apresentam em plena condição de saúde e que não possuem nenhum fator que gere a necessidade de suporte hospitalar, porém, com exceção do Hospital Sophia Feldman em Minas Gerais, não é uma realidade oferecida pelas equipes prestadoras de serviço do SUS. (BRASIL, 2014).

O ambiente que mais se aproxima deste são os Centros de Parto Normal (CPN), que podem ser intra-hospitalares ou peri hospitalares, onde a assistência obstétrica é prestada por enfermeiras obstétricas ou obstetizas. (BRASIL, 2014). Até o ano de 2018 não há registros da existência de CPN no Paraná, o que dificulta o acesso a uma assistência diferenciada para aquelas mulheres que desejam fugir do ambiente hospitalar.

Desde 1996 o domicílio é tratado como local seguro de assistência ao nascimento, desde que garantidos requisitos básicos bem como a presença de profissional capacitado e munido de aparato específico para atendimento. (OMS, 1996).

No Brasil, a estratégia que incentiva a mudança das práticas obstétricas foi criada em 2011, sob o nome de Rede Cegonha (RC), e busca garantir a devolução da autonomia da mulher no parto, melhorando o acesso ao pré-natal e parto seguros e humanizados e combatendo a mortalidade materna e infantil. Porém, não se posiciona em relação ao PDP. (BRASIL,

2011b).

Demonstrou-se também que no PDP há redução importante dos índices de intervenção cirúrgica e medicamentosa e, principalmente, redução do risco e ocorrência de hemorragia pós-parto. (BRASIL, 2017). Em relação ao incentivo para o PDP a diretriz expõe:

[...] tendo em vista o contexto brasileiro, o parto domiciliar não está disponível no sistema de saúde, por isso não há como recomendar. No entanto, não se deve desencorajar o planejamento do parto no domicílio [...] (BRASIL, 2017, p.17).

A escolha do parto no domicílio envolve, além do anseio pela redução das intervenções desnecessárias, o desejo pela garantia de livre movimentação e presença dos acompanhantes, pelo ambiente e acolhimento do âmbito familiar, respeitando crenças e cultura próprias. (COLLAÇO et al, 2017). A essas características do atendimento correlacionamos os modelos holístico e humanista de assistência ao parto. (DAVIS-FLOYD, 2001).

Estes modelos surgem em contraposição ao tecnocrático, que tem como característica essencial a separação corpo-mente e a mecanização dos processos biológicos. Nele o cuidado é voltado para o profissional, que busca constantemente uma solução intervencionista para possíveis alterações biológicas. É o modelo da supervalorização das tecnologias, que permanece arraigado na sociedade pelo comportamento social e não necessariamente por comprovação de evidências. (DAVIS-FLOYD, 2001).

O modelo humanístico surge para resgatar o papel do usuário na escolha sobre as condutas relacionadas a sua saúde. É o modelo da escolha informada e compartilhada, e que visa a conexão corpo-mente, buscando equilibrar as necessidades e desejos do profissional de saúde e do usuário. (DAVIS-FLOYD, 2001).

Por fim surge a discussão do modelo holístico de cuidado. Enquanto o humanista busca equilibrar o uso de tecnologias médicas, o holístico busca incorporar alternativas para o cuidado em saúde, prezando pela unidade corpo-mente-espírito e utilizando-se de diferentes terapêuticas. Nele estão incorporadas a Medicina Tradicional Chinesa e a busca pela cura de doenças através da mudança nos hábitos alimentares e de vida. (DAVIS-FLOYD, 2001).

Para alcançar uma estratégia revolucionária e eficiente de cuidado o

profissional de saúde deve buscar o equilíbrio de elementos de cada um desses modelos, individualizando a assistência para cada pessoa. (DAVIS-FLOYD, 2001).

2.3 ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

A enfermagem obstétrica na atualidade surge para resgatar a atuação dos profissionais em obstetrícia no atendimento domiciliar. A discordância do modelo de atenção vigente e a convivência com situações caracterizadas como violência obstétrica (VO) no ambiente hospitalar são algumas razões as quais levaram um grupo de enfermeiras obstétricas a abandonar o cenário da assistência hospitalar. (SANFELICE et al, 2014).

A nível mundial, considera-se que mulheres assistidas por obstetizes (equivalente a EO no Brasil) precisam de menos intervenções no parto e apresentam-se mais satisfeitas. (SANDALL et al, 2016).

Estudo realizado em 2016 entrevistou 22 EO dos estados da Bahia, Ceará, Distrito Federal, Minas Gerais, Pará, Rio de Janeiro, Santa Catarina e São Paulo. Demonstrando que a profissão tem se expandido e buscando cada vez mais esse cenário de assistência. (MATTOS, 2016).

A atuação desse profissional no atendimento ao parto não caracteriza uma prática ilegal ou irresponsável. Desde 1986, está garantido pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, nº 7.496/86, que o atendimento ao parto normal sem distócia, bem como identificação e conduta em emergências até a chegada do médico pode ser realizado pela enfermeira obstétrica.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) reforça na Resolução nº 0516/2016 a autonomia da EO para o atendimento nos diversos cenários de atenção, sendo legalmente responsabilizado quando couber. O Conselho Regional de Enfermagem do Paraná (COREN-PR) lançou recentemente o Parecer Técnico nº001/2016 regulamentando a prática das EO no PDP, principalmente para garantir o cadastramento destas profissionais junto às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) a fim de realizarem a retirada das Declarações de Nascido Vivo (DNV) para os bebês atendidos por elas.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de pesquisa exploratória, pois é responsável por trazer familiaridade a um determinado evento. (GIL, 2002). Ela extrapola a simples descrição de um fenômeno ou evento, objetivando aprofundar-se em sua complexidade. Esse tipo de pesquisa é utilizado para desvendar eventos novos e de conhecimento não esclarecidos. (POLIT; BECK e HUNGLER, 2004).

Dessa forma, considerou-se a pesquisa exploratória como um caminho metodológico para conhecer de maneira mais aprofundada o parto domiciliar planejado a partir da experiência das pessoas envolvidas nesse contexto.

Os dados foram analisados pela perspectiva da pesquisa qualitativa, uma vez que ela permite captar a maneira como os participantes refletem e reagem frente a situações específicas. (MERIGHI; PRAÇA, 2003). Tem o compromisso de identificar o ponto de vista do participante acerca de um evento com base nos dados coletados através do relato fiel de seus comentários. (SPEZIALE; CARPENTER, 2007).

A pesquisa qualitativa permite a interpretação de dados que não podem ser expressos em números e estuda os participantes da pesquisa em seu ambiente natural, promovendo a possibilidade de conhecer, além dos relatos, o comportamento dos participantes em relação ao objeto da investigação. (POPE; MAYS, 2009).

3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram: enfermeiras obstétricas que prestam assistência ao PDP, mulheres que tiveram a experiência do PDP e acompanhantes que estiveram presentes nesse processo.

Inicialmente foi realizada uma busca na *internet* e em redes sociais para encontrar quais são os grupos compostos por EO que atendem essa modalidade de parto em Curitiba e região. Foi realizado contato por telefone e mídias sociais para convite à participação da pesquisa. Durante este contato houve uma breve apresentação do trabalho e, após aceite, também foi

agendada data e local adequados para a coleta dos dados. Após a coleta com cada EO, foi solicitado que indicassem mulheres atendidas por elas, fornecendo os telefones e endereços eletrônicos das mesmas.

O contato e agendamento das entrevistas com essas mulheres ocorreu da mesma forma utilizada com as EO, porém com a solicitação de indicação dos acompanhantes que estiveram presentes no parto já no momento do contato. A entrevista com os acompanhantes acabou acontecendo no mesmo momento da entrevista das mulheres, uma vez que quase a totalidade das mulheres indicou o companheiro.

Dessa forma obtivemos uma cadeia de referência para chegar até os participantes da pesquisa, estratégia que caracteriza o método bola de neve. Este método é utilizado para acessar participantes em grupos de difícil acesso. Considerando que o PDP ocorre em ambiente íntimo e particular, optou-se por utilizar-se desta ferramenta para alcançar as pessoas que vivenciaram essa experiência. (VINUTO, 2014).

Definiu-se como critérios de inclusão na amostra: EO que prestam assistência ao PDP em Curitiba e Região Metropolitana; mulheres maiores de 18 anos que tiveram a experiência do PDP em até 1 ano do momento da entrevista; acompanhantes maiores de 18 anos que estiveram presentes no momento do nascimento no domicílio. Como critérios de exclusão: outras categorias profissionais que prestam assistência ao PDP, mulheres que precisaram de transferência para o hospital por quaisquer razões (maternas, fetais ou a pedido) e acompanhantes menores de 18 anos.

A opção por manter no estudo apenas as mulheres e acompanhantes que não tiveram contato com o ambiente hospitalar durante o último parto e puerpério deve-se ao desejo de conhecer a experiência pura do parto no domicílio, sem a interferência de experiências em outro ambiente.

Ao final foram entrevistadas oito EO, oito mulheres e sete acompanhantes, contudo, foi excluída uma das entrevistas realizadas com acompanhantes por se tratar de uma doula, contratada pela mulher para prestar assistência conjunta com a equipe durante o parto, portanto, considerou-se como membro da equipe, não se enquadrando nos critérios de inclusão.

A identificação de cada entrevistado ocorreu por meio de um código

composto pela letra que representa a categoria seguido número arábico referente a ordem de realização das entrevistas. Deste modo as EO ficaram identificadas como EO1 a EO8, as mulheres como M1 a M8 e os acompanhantes como A1 a A6.

3.3 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada com as pessoas envolvidas no PDP, atendidas em Curitiba e Região Metropolitana, que contemplam a 2ª Regional de Saúde do Paraná, a qual compreende os municípios de Adrianópolis, Agudos do Sul, Almirante Tamandaré, Araucária, Balsa Nova, Bocaiuva do Sul, Campina Grande do Sul, Campo do Tenente, Campo Largo, Campo Magro, Cerro Azul, Colombo, Contenda, Curitiba, Doutor Ulysses, Fazenda Rio Grande, Itaperuçu, Lapa, Mandirituba, Piên, Pinhais, Piraquara, Quatro Barras, Quitandinha, Rio Branco Do Sul, Rio Negro, São José dos Pinhais, Tijucas do Sul e Tunas do Paraná.

A coleta dos dados ocorreu no período de outubro e novembro de 2018 conforme data e o local indicados pelos entrevistados. Foi disponibilizado um espaço privativo no bloco didático II do Campus Jardim Botânico Universidade Federal do Paraná, localizado na Avenida Lothário Meissner, 632, CEP: 80210-170, Jardim Botânico, Curitiba, Paraná, porém a maioria delas ocorreu no domicílio dos participantes e em estabelecimentos indicados por eles.

3.4 COLETA DE DADOS

Para alcançar o objetivo da pesquisa optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas. Nesta modalidade de entrevista, o papel do entrevistador é mediar a conversa e realizar perguntas que favoreçam o aprofundamento do relato (MINAYO, 2016, p.59), portanto, foi construído um roteiro para cada grupo entrevistado. O instrumento pode ser visto na íntegra nos Apêndices 1, 2 e 3.

Os instrumentos contemplam dados sociodemográficos, experiência profissional das EO, histórico gestacional das mulheres e relação do acompanhante com a mulher, bem como as seguintes perguntas/ questões

norteadoras:

- Enfermeira obstétrica: conte-me sobre a sua experiência no atendimento ao parto domiciliar planejado; como é para você agir numa situação de intercorrência ou quando há necessidade de intervenção? (APÊNDICE 1).
- Mulher: conte-me como foi a sua experiência no parto domiciliar planejado. (APÊNDICE 2).
- Acompanhante: conte-me como foi para você acompanhar o processo do parto domiciliar planejado. (APÊNDICE 3).

As respostas foram áudio gravadas com auxílio de gravador mediante autorização do participante e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (APÊNDICE 4, APÊNDICE 5 E APÊNDICE 6). Os áudios foram transferidos para o computador e posteriormente transcritos com apoio do aplicativo da internet *oTranscribe*®, que permitiu a otimização do tempo da transcrição. Os áudios, bem como as transcrições serão armazenados por cinco anos a partir da data de finalização do estudo.

A coleta de dados por meio de entrevista envolve dimensões muito íntimas e profundas no relato do participante, o que demanda uma análise cuidadosa. Considera-se mais complexo ainda tentar estabelecer características semelhantes para a vivência dos grupos estudados sem perceber a individualidade de cada participante, deste modo, optou-se pela utilização da análise de conteúdo (AC) proposta por Lawrence Bardin para inferir sobre as entrevistas (2016). Esta metodologia de análise será esclarecida no item a seguir.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise de conteúdo compreende “o conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. (BARDIN, 2016, p. 44).

Ela é proposta para investigações que almejam compreender, analisar ou avaliar determinadas situações a partir do estudo incansável de um conjunto de informações expressas no campo das comunicações. Ela tem como objetivo superar a fragilidade da simples leitura de um texto, aprofundando-o por meio

do mergulho em suas linhas e palavras, ao ponto de sugerir generalizações para o evento estudado. Nesta pesquisa, a AC diz respeito ao campo linguístico por meio da análise de conteúdo oral coletado nas entrevistas. (BARDIN, 2016).

Uma vez transcritas as entrevistas, ocorreu a delimitação das unidades de codificação ou unidades de registro, que correspondem às “palavras-chave” dentro do texto, e que permitiram a categorização dos dados. A este processo dá-se o nome de análise categorial ou análise temática. (BARDIN, 2016).

Para garantir o rigor metodológico e organização a AC ocorre em três fases: 1) Pré-análise; 2) Exploração do material; e 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação. (BARDIN, 2016).

A fase de pré-análise possui as seguintes obrigações: escolha dos documentos a serem analisados, formulação de hipóteses/objetivos e definição de indicadores. É importante ressaltar que todas elas estão interligadas e que não ocorrem necessariamente na mesma ordem. Elas se complementam e auxiliam na definição das outras. (BARDIN, 2016, p.125).

Realizou-se a leitura flutuante dos documentos a partir da construção de um *corpus* específico para cada grupo de participantes. Durante esta etapa considera-se a regra da exaustividade e da representatividade. A primeira exige que nenhuma parte do *corpus* seja considerada “inútil” e a segunda leva à possibilidade de generalização dos dados da amostra para o universo em que a mesma está inserida. (BARDIN, 2016).

A fase de exploração corresponde à categorização citada anteriormente. Nela foram definidas as unidades de registro e unidades de contexto que viabilizaram a seleção de categorias de dados. Para a análise categorial podem ser utilizados softwares de análise de dados qualitativos, porém, devido à característica dos grupos aqui estudados optou-se pela análise manual. Trata-se de uma etapa laboriosa e crucial para o correto desenvolvimento da análise e interpretação das entrevistas. (BARDIN, 2016).

A terceira e última fase compreende 3 momentos: tratamento dos dados, inferência e interpretação. O tratamento dos dados corresponde ao agrupamento das unidades de registro e contexto de acordo com seu sentido semântico, sintático ou expressivo. A inferência está relacionada à forma em que a comunicação se dá entre o emissor e o receptor, refere-se às conclusões

obtidas a partir da mensagem emitida, nesse caso a partir das categorias elaboradas anteriormente. Por fim ocorreu a interpretação dos dados organizados em todas estas etapas e correlação com a literatura atual. (BARDIN, 2016).

Foram identificadas 76 unidades de contexto, as quais foram agrupadas em 14 subcategorias e posteriormente reagrupadas resultando em quatro categorias: a prática profissional da EO no atendimento responsável e superação do modelo tecnocrático; o parto como manifestação do poder feminino; do processo de escolha ao vínculo com a equipe e o parto como evento familiar. No Quadro 1 é possível identificar as subcategorias e unidades de contexto pertencentes a cada uma das categorias.

QUADRO 1 – RELAÇÃO CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E UNIDADES DE CONTEXTO
(continua)

CATEGORIA	A PRÁTICA PROFISSIONAL DA EO NO ATENDIMENTO RESPONSÁVEL E SUPERAÇÃO DO MODELO TECNOCRÁTICO	
SUBCATEGORIAS	<ul style="list-style-type: none"> – O atendimento responsável no parto no domicílio – O vínculo com a família 	<ul style="list-style-type: none"> – Superando o modelo tecnocrático – A relação entre a prática profissional do parto domiciliar e a vida pessoal
UNIDADES DE CONTEXTO	<ul style="list-style-type: none"> – Tabus e dificuldades da profissão – PDP como realização pessoal e profissional – A importância da rede de parto domiciliar – O cuidado com a infraestrutura e ambiente para o parto – Transparência de informação para a mulher e a família – A violência obstétrica sofrida – A avaliação constante da viabilidade do domicílio – Segurança para atuar na intercorrência -Necessidade de materiais e protocolos/estruturação do grupo – A necessidade de parceria entre os membros do grupo – A necessidade de transferência – A certeza do protagonismo da mulher -A responsabilidade profissional e a corresponsabilidade 	<ul style="list-style-type: none"> – A experiência hospitalar anterior ao PDP – Fluxo de atendimento – Preparação do casal para o parto – A disponibilidade de tempo – Dupla jornada de trabalho -Enfrentando resistências ao precisar de atendimento hospitalar – A importância de trabalhar em equipe – A desconstrução do modelo tecnocrático – Vínculo com a família – A crença no processo – A autonomia da EO no PDP -A experiência como mãe refletindo na atuação profissional
CATEGORIA	O PARTO COMO MANIFESTAÇÃO DO PODER FEMININO	
SUBCATEGORIAS	<ul style="list-style-type: none"> – O parto como evento feminino 	

QUADRO 1 – RELAÇÃO CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E UNIDADES DE CONTEXTO
(conclusão)

UNIDADES DE CONTEXTO	<ul style="list-style-type: none"> – Necessidade de ser protagonista no processo de parturição – A satisfação gerada pelo PDP – Conexão com o próprio corpo e mente – O medo do desconhecido e a entrega – O processo instintivo do parto 	<ul style="list-style-type: none"> – Parto como representação do poder feminino – A transformação – A espiritualidade no parto
CATEGORIA	DO PROCESSO DE ESCOLHA AO VÍNCULO COM A EQUIPE	
SUBCATEGORIAS	<ul style="list-style-type: none"> – A busca pela informação como chave para viver o processo – A informação como forma de superar o tabu – A relação estabelecida com a equipe 	<ul style="list-style-type: none"> – O enfrentamento aos profissionais e pessoas do convívio social – A segurança trazida pela equipe
UNIDADES DE CONTEXTO	<ul style="list-style-type: none"> – Necessidade de políticas públicas – Perda do controle – Medo da transferência – A relação de intimidade com o grupo de PDP – Conhecimento do acompanhante sobre a fisiologia do parto – Desatualização dos profissionais de saúde brasileiros e sociedade sobre PDP – O respeito do acompanhante pela decisão da companheira – Consciência paterna sobre a importância do apoio e participação – Medo da morte – Restrição de informação para família e amigos – A resistência do médico pré-natalista – Busca de informação pré – Tabu do parto – Restrição de informação a outros pela decisão do PDP 	<ul style="list-style-type: none"> – Confiança no profissional/equipe – Resistência do grupo social – Informação pré – Medo da violência obstétrica (motivo da escolha) – Importância do respeito à decisão pelo PDP – Medo da transferência – A dor como parte do processo fisiológico – Confiança na equipe – Certeza da segurança do PDP – Medo da morte – A expectativa do nascimento – O dia do parto – A intercorrência
CATEGORIA	O PARTO COMO EVENTO FAMILIAR	
SUBCATEGORIAS	<ul style="list-style-type: none"> – O parto como evento familiar e privativo – O nascimento como evento familiar 	<ul style="list-style-type: none"> – A importância da presença do acompanhante – O resgate do papel do homem no parto
UNIDADES DE CONTEXTO	<ul style="list-style-type: none"> – Renascimento/reconstrução do papel de pai e esposo – Participação dos filhos no processo – Rotina do lar/ evento familiar – A participação feminina no parto influencia na participação paterna – Preparo do ambiente – Satisfação sobre o desempenho como esposo e pai – A importância do apoio do acompanhante e a corresponsabilidade do cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> – Satisfação em relação ao parto – Participação do acompanhante no cenário do parto – Parto como evento familiar – Rotina do lar – Própria história de nascimento – Participação dos filhos – O vínculo com o bebê – A privacidade

FONTE: A autora (2019).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa respeitou os preceitos éticos estabelecidos na resolução 466/2012 sobre pesquisa com seres humanos, e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná em outubro de 2017 sob CASE: 78569017.0.0000.0102, sendo aprovado em dezembro do mesmo ano, sob Parecer: 2.412.154. (ANEXO 1).

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

A amostra de EO foi composta por oito profissionais, todas do sexo feminino, de 23 a 43 anos. A maioria (6) formou-se como obstetra na modalidade de especialização, outras duas se formaram na modalidade de residência em obstetrícia. O tempo de formação como especialista variou de seis meses a oito anos, apresentando uma média aproximada de três anos e meio, porém todas referiram experiência na atuação direta ao parto em centro obstétrico hospitalar.

Também foram citados como campo de atuação anterior: alojamento conjunto (4), pré-natal (4), consultoria de amamentação (1), docência (1) e cargo administrativo (1). O tempo de atuação no PDP variou de seis meses até quatro anos, mantendo uma média aproximada de dois anos de atuação. Todas prestam assistência ao parto domiciliar em grupo e uma já atuou individualmente.

A amostra de mulheres foi composta por oito entrevistadas com idade entre 27 e 39 anos; seis delas casadas, uma em união estável e uma solteira, porém estava casada quando ocorreu o parto. Seis residem em Curitiba, uma em Araucária e outra em Campo Largo. Em relação a formação seis possuem ensino superior completo e duas destas eram pós-graduadas. Oito exercem atividades remuneradas e duas se dedicam aos cuidados do lar.

Em relação a paridade cinco eram multigestas e três eram primigestas. Das mulheres que possuíam outros filhos duas tiveram experiência de parto hospitalar no exterior, uma em Nova Iorque e outra em Londres; outras duas tiveram experiências de atendimentos hospitalares no Brasil, uma teve um parto normal e outra uma cesárea. As demais multigestas tiveram a primeira experiência de parto no domicílio. Quando questionadas sobre as pessoas que estavam presentes no cenário do parto além da equipe de EO foram citados o companheiro (8), doula (7), filho mais velho (3), mãe (2) e fotógrafa (1).

Os acompanhantes indicados pela mulher foram majoritariamente os companheiros (6) e uma doula, porém, considerou-se a doula como membro da equipe, não contemplando os requisitos para a coleta de dados, deste modo

foram incluídos apenas os companheiros. Estes apresentaram idade entre 26 e 42 anos. Três deles possuem ensino superior completo, um em formação cursando o último ano da faculdade e outros três com ensino médio completo. Todos exercem algum tipo de trabalho remunerado.

4.2 CATEGORIAS

4.2.1 A prática profissional da EO no atendimento responsável e superação do modelo tecnocrático

Esta categoria emergiu da reunião de 25 unidades de contexto.

As EO apontaram que o atendimento ao parto ocorre mediante planejamento e que o trabalho em equipe é fundamental para garantir a assistência adequada. Relataram também que existe uma espécie de rede de apoio entre as equipes de parto, onde ocorre o compartilhamento de informações e materiais, principalmente para os grupos que estão iniciando os atendimentos.

[...] nós começamos a organizar os materiais, tudo o que precisávamos para atender um parto ou uma situação de emergência e montamos o prontuário, pegamos alguns exemplos de outros grupos, adaptamos e criamos o nosso grupo. (EO1)

[...] fomos atrás de informação, entramos em contato com vários grupos para ver como que era a questão de material, elaboração de protocolos, onde que comprava, onde que esterilizava, e aconteceu. (EO2)

[...] fomos até a (cita o nome de outra enfermeira) e ela foi assim superamigável, passou todas as dicas possíveis em relação a material, logística, consentimento, porque tem toda a parte burocrática, técnica do parto domiciliar que você precisa ter. (EO5)

O parto domiciliar acontece conforme avaliação cuidadosa das condições de saúde da mulher. Para isso realiza acompanhamento pré-natal paralelo àquele realizado no setor privado ou SUS, visando conhecer os exames laboratoriais, histórico de consultas e intercorrências da gestação. O grupo também se preocupa com as condições do ambiente e presta assistência munido de materiais e técnicas adequadas para atender emergências. Uma

das formas de garantir a segurança do processo é a constante avaliação da viabilidade do parto ocorrer no domicílio.

[...] avalia-se também a questão do risco gestacional que tem que ser baixo risco, não pode ter nenhuma alteração considerável nos exames. (EO4)

[...] o parto domiciliar que atendemos é planejado, então precisamos de uma casa que tenha água encanada, rede de esgoto, com energia elétrica, além de toda a questão dos materiais que levamos, todos os profissionais são habilitados. (EO2)

[...] eles (referindo-se aos casais) veem que realmente é algo planejado que tem toda uma estrutura por trás, pessoas que têm formação técnica para estar ali. (EO4)

[...] nós estávamos em uma discussão com o grupo sobre uma gestante que estamos atendendo, ela está com hematócrito e hemoglobina de 10,4 e 32 em setembro, em agosto estava com 34, eu sei que caiu, estava fazendo a consulta e falei que era bom, talvez, fazer uma reposição venosa, porque se fizer via oral agora não iria dar tempo de fazer reserva. Ela perguntou se não dava para ter parto domiciliar e eu disse que não é que não dava, mas se pensarmos que se ela vier a ter um sangramento pós-parto não tem limiar para perder, se sangrar um pouco a mais muito provável que nós tenhamos que transferir. (EO6)

Foi ressaltado pelos participantes que é necessário ter experiência no atendimento hospitalar e emergências, bem como constante estudo e atualização para lidar com possíveis intercorrências.

[...] acho que para atender parto domiciliar é necessário ter uma certa experiência hospitalar, porque no hospital você vê intercorrências [...] eu tenho uma certa experiência hospitalar, então eu me sinto segura em relação a ofertar esse tipo de atendimento. E como eu falei, quando não me sinto segura ou quando acho que alguma coisa não está bacana é o momento de transferir. (EO1)

[...] das outras vezes foi uma situação de emergência, para mim, sinceramente, não pensei muito. Sabe aquela coisa que você vai fazendo? Como nós já temos muitas rotinas de hospital fui fazendo, nem fui pensando. [...] mesmo nessas situações temos que resolver em casa, de repente até a maneira que conduzimos em casa é muito mais tranquilo porque no hospital é aquele Deus nos acuda, todo mundo correndo, ao invés de te ajudar atrapalha, você consegue conduzir de uma maneira muito mais tranquila. (EO2)

[...] acredito que um profissional que se forma não pode entrar direto para o parto domiciliar, essa é a minha opinião, porque o parto domiciliar é muito maravilhoso quando dá certo, é tudo lindo, nós não tocamos, tudo ótimo. A natureza segue o seu ciclo. Agora quando é para acontecer alguma coisa existe a necessidade de ter esse olhar de profissional, esse olhar de proatividade mesmo e isso o hospital te dá, essa experiência. Em casa quando acontece algo a assistência ela tem que ser imediata, você não pode dormir no ponto. (EO3)

[...] se não me sentisse capacitada não estaria no parto domiciliar, até porque pode dar tempo de chegar e minha colega não chegar, então tenho que saber fazer aquilo. [...] me sinto segura para atender dentro daquilo que sei que é o meu limite dentro do domicílio e também me sinto segura porque reconheço o meu limite de qual momento que preciso transferir aquela paciente. (EO4)

[...] acho que o mais importante que não intervir é saber quando intervir, e saber que tem que intervir com tranquilidade. Hoje se tiver uma hemorragia e tiver que tamponar com o braço, eu faço, se tiver que por um soro, se tiver que fazer qualquer coisa eu faço assim muito tranquilamente até chegar o socorro. (EO5)

[...] nós precisamos entender a necessidade da intervenção, que precisamos separar o que é fisiológico e o que não está mais dentro da fisiologia e conseguir agir em tempo para não complicar. Saber que não são apenas boas energias e pensamento positivo, precisamos, às vezes, colocar o *hands off* de lado e fazer alguma coisa, e essa é a diferença de você ter um profissional, se não era só a mulher parir sozinha. (EO6)

[...] temos que manter a cabeça tranquila para conseguir finalizar, contar o tempo, quantas vezes temos de fazer aquilo, reavaliar todos os procedimentos que precisam estar na sua cabeça na hora, toda a sequência. (EO8)

As enfermeiras ressaltaram que a prática da enfermagem obstétrica no domicílio representa a autonomia como profissionais, e que existe responsabilidade legal nesse atendimento, apesar do desconhecimento de algumas pessoas da sociedade.

[...] a responsabilidade é grande, então levamos todo o processo, como eu falei, temos um termo de consentimento onde a mulher assina. É uma corresponsabilidade que assumimos como profissionais e eles assumem enquanto pais, enquanto família. (EO1)

[...] compreendemos que o parto domiciliar tem um limite, não

vamos colocar nenhuma mãe e nenhum bebê em risco para dizer que obrigatoriamente tem que nascer em casa. Então deixamos isso bem claro para o casal, que existe um limite, o qual não podemos ultrapassar. (EO3)

[...] se eu não achasse que fosse algo seguro não atenderia. Fui para o domiciliar por acreditar que ele é seguro tanto para a mulher quando para mim. E no parto domiciliar é diferente. Você tem um enfermeiro cuidando da gestante durante todo tempo, é ele que toma todas as condutas. (EO4)

[...] no hospital embora você tenha autonomia de atender você sabe que tem o médico lá, que tem uma sala de cesárea, e no domicílio não, você não tem esse suporte, apenas a sua mala, um torpedão de oxigênio, um ambu e o seu conhecimento, mas que você está a 30 km do hospital, realmente você é 100% responsável junto com a família. [...] ali sabemos que não tem equipe multidisciplinar, que só tenho eu como enfermeira, então a responsabilidade é toda nossa, então para mim muda de ser mais criteriosa inclusive comigo mesma. Seguir tudo de melhor que o científico possa trazer, esse arcabouço teórico, estar sempre estudando, estar sempre naquela reavaliação do que eu poderia ter feito melhor. (EO5)

[...] é uma liberdade que você tem de atender [...] o que mais me identificou foi a possibilidade de liberdade no atendimento. Uma enfermeira atuando com todo o conhecimento que ela tem. [...]temos que avaliar muito o perfil do casal e a responsabilidade que detemos, considero que por mais bonito que seja o parto domiciliar nossos lados científicos e técnicos tem que estar aguçados também. (EO7)

A humanização do parto trouxe a consciência de que o domicílio lhes permitiria agir em benefício da mulher e do bebê, rompendo muitas vezes com o modelo que lhes foi ensinado.

[...] fui desconstruindo e tenho muita gratidão pelo grupo e pelo aprendizado que obtive nesse sentido, de olhar e não fazer nada. E tinha muito dessa coisa de está coroadando, vai e volta, vai e volta aí desprende o polo cefálico e agora? Vamos, vai nascer, vamos puxar. Não! Calma, está tudo certo, o bebê está ali com o cordão, a circulação contínua. Esse processo de desaprendizado e um aprendizado novo nesse sentido. (EO3)

[...] comecei a enxergar que o parto domiciliar acabava vindo ao encontro de tudo aquilo em que acreditávamos ser humanizado e o objetivo que não era alcançado dentro do hospital era alcançado parto no domiciliar, o respeito pela família, pela cultura, pela crença, o conforto. (EO5)

[...] o parto em casa traz essa naturalidade de que nós somos seres vivos, igual qualquer outro animal na face da terra e que

buscaremos um lugar em que tenhamos o sentimento de segurança para parir nosso bebê. (EO7)

[...] tive certeza que pude mudar isso para o meu filho e para a minha filha e estou feliz por isso, de mudar as pessoas ao meu redor, e assim, a cada lugar que vou e puder falar do parto, e fazer as pessoas refletirem, não é convencer ninguém de nada, é fazer as pessoas pensarem. (EO8)

O PD está embasado na transparência e confiança entre equipe e casal. As EO relataram alguns aspectos importantes dessa relação, principalmente quando acontece algo fora do esperado.

[...] tanto a família quanto a mulher vão acompanhando e somos bem transparentes em dizer como que está todo o processo [...] então nós falamos sobre o termo, sobre os riscos, inclusive sobre a morte. Dispomos de um contrato onde falamos sobre como vai ser esse atendimento. (EO1)

[...] quando explicamos para a gestante todas essas intervenções, o que pode acontecer, qual seria o momento que ia precisar de uma intervenção ou não, se acontecer de precisar de uma intervenção, numa hemorragia pós-parto, por exemplo, ou até numa intervenção mais simples, se você vai romper uma bolsa no domicílio é ela que optou consciente por aquilo. (EO4)

[...] considero que esse protagonismo de poder colocar para a família quais são as intercorrências que podem ocorrer, o que realizaremos se acontecer tal coisa. Temos que conversar tudo isso antes, ter certeza que ela tem o entendimento, e no momento do parto poder resgatar tudo isso. [...]no contrato está escrito, a família lê e concordam em correr os riscos. Uma vez o marido perguntou o que era inversão uterina e eu expliquei que era quando o útero exterioriza e que nós ligamos para ambulância e tem que transferir, se estivéssemos no hospital levaríamos correndo para sala cirúrgica, porém as meninas falaram que eu não precisava falar daquele jeito, entretanto penso que é necessário que saiba que existe, porque e se acontecer? Depois a família vai te olhar e falar que você não falou que isso podia acontecer. (EO6)

[...] hoje acredito ainda mais no tempo que tive em atendimento domiciliar que uma conversa franca com o casal e muito aberta é o que nós devemos fazer, é o que precisamos para que no momento da intervenção o casal também acredite em você e está tudo aberto. Considero que as situações ruins que ocorrem muitas vezes são por falta dessa abertura de ser sincera com o casal. (EO7)

[...] as famílias sabem o que pode acontecer e no momento em que elas acontecem é tudo muito esclarecido. Por exemplo, se

precisar ventilar um bebê na hora em que nasce, os pais sabem que isso pode acontecer e nas vezes que foi preciso ninguém se apavorou, não atrapalharam, nos deixaram enquanto profissionais, com tranquilidade e confiança de que estava tudo bem, de que ia ficar tudo bem. (EO8)

As enfermeiras relataram que o preparo do casal para viver o parto e a familiaridade com os membros do grupo também são relevantes para o processo.

[...] percebo que a diferença nesse sentido é um casal que já conhecemos, existe uma pré-conversa onde existe essa situação de, digamos, confiança entre os dois e essa situação da corresponsabilidade, não é uma situação que nunca vi a mulher na vida [...] nós perguntamos para o casal a história deles, o porquê do parto domiciliar, o porquê dessa escolha [...] Então fazemos uma espécie de interrogatório na primeira visita, eles também nos perguntam mas mais focado para conhecer mesmo a história do casal. (EO3)

[...] os vejo muito mais seguros, visto que tem essa questão de conhecerem quem vai atendê-los e saberem que aquele grupo estará lá e que algumas daquelas pessoas do grupo estará com você em algum momento do seu trabalho de parto, então isso gera segurança tanto para ela quanto para o acompanhante. (EO4)

[...] com o tempo percebemos que a segurança que a mulher sente no profissional, no domicílio, na família faz toda a diferença no processo de nascer. (EO5)

[...]me sinto muito gratificada de pensar “preparei ela bem ela está conseguindo responder, preparei o marido, ele está conseguindo entender”, e esse trabalho de parto foi bom porque todos nós fizemos isso juntos. (EO6)

[...] é muito bonita a segurança que o casal tem conosco e essa relação que se constrói tão íntima com eles [...] na primeira consulta vão todas as enfermeiras do grupo para o casal conhecer e conversamos um pouco sobre cada uma. Discutimos sobre a história do casal, como se conheceram se foi planejado a gestação e etc. (EO7)

As entrevistadas apontam aspectos de transferência do domicílio para o hospital e como é difícil passar por este processo.

[...] uma situação de transferência é péssima, porque o mais difícil é ter que dar a notícia [...] acaba sendo uma frustração, gera uma sensação de incompetência. Mesmo sabendo que a

mulher vai passar pelo que ela tem que passar; gera para nós profissionais uma sensação de incompetência de será que não poderíamos ter feito algo diferente? (EO1)

[...] o problema é essa questão da transferência, o trabalho deles é esse. Na verdade, estão ali para isso, têm que atender, receber e não questionar, não têm que colocar a opinião pessoal em cima do trabalho, não podem julgar, e o que mais acontece é isso. Fazemos todo um acompanhamento, um atendimento de respeito, de planejamento, enfim, de responsabilidade e quando chega no hospital parece que tem essa ruptura, esse desrespeito. (EO3)

[...] minha maior aflição é de como essa paciente vai ser recebida no hospital pelos profissionais, a questão do preconceito que existe dos profissionais com parto domiciliar por não conhecer o parto domiciliar... essa é uma aflição que tenho, a insegurança depois que eu não posso mais estar com ela. (EO4)

[...] nas primeiras transferências que você chora muito, que se questiona por dias, semanas e meses se faltou alguma coisa com relação ao profissional. Essa curva de aprendizado leva você a aprender que é a história da mulher e não a nossa, [...] Falamos sobre a transferência na assinatura do contrato, mas não acreditamos que ela possa acontecer [...] o mais importante é que ela chegue na maternidade segura, o bebê seguro e que as vezes fazemos parte de histórias não tão felizes mas que devem ter um desfecho positivo. (EO5)

[...] tenho receio de como vão receber este casal [...] porque sinto quando chega em uma maternidade para uma transferência é de que eles sejam acolhidos da mesma forma que nós acolhemos e recebemos, porém, muitas vezes, não é o que acontece. (EO7)

A decisão e a responsabilidade de atuar no PDP acarreta em alguns momentos em abdicar das atividades da vida pessoal em função dos atendimentos às mulheres.

[...] na vida pessoal, quando assumimos uma responsabilidade com uma gestante, quando assinamos o contrato, temos que ficar disponíveis. Isso reflete na vida pessoal, porque ficamos ali o tempo todo no celular, esperando uma ligação. Quando ela entra em trabalho de parto sempre vai uma enfermeira para fazer uma avaliação e sempre fica a outra de sobreaviso e nesse período de contrato nós não viajamos, ficamos disponíveis. [...] quando ela entra em trabalho de parto nós temos que desmarcar reuniões, compromissos, para poder ficar inteiramente disponível para ela. (EO1)

[...] as vezes penso quando tem uma situação difícil, entretanto

chego em casa e o filho está de cara virada para você. Fiquei 18 horas acompanhando a mulher e esqueci de ver que tinha que levar o carro na revisão, [...] vejo que os meus filhos e meu marido sempre me cobram se eu não vou em tal evento e digo que não sei, se não tiver nenhum parto acontecendo vou. (EO7)

[...] na hora em que a mulher entra em trabalho de parto, ela contratou você para aquilo, para nós estarmos disponíveis para ela. A disponibilidade de ajudar uma colega que não pode ir naquele momento, então você tem que ter isso muito claro, e ter uma entrega mesmo. Perder as vezes coisas pessoais, desmarcar, perder alguma coisa relacionada ao filho, chega tarde, não ver ninguém naquele dia. (EO8)

O PDP representa a realização profissional, gerando sentimento de satisfação e alegria para as EO.

[...] quando estou atendendo um parto domiciliar fico realizada profissionalmente, porque estou podendo proporcionar para aquela mulher uma segurança, onde ela vai ouvir o corpo dela e vai se sentir segura. (EO1)

[...] no primeiro atendimento já foi uma paixão. Quem atende parto domiciliar sabe como que é, uma sensação maravilhosa, é muito diferente de tudo que havia vivenciado antes. A questão de poder dar total liberdade para o casal, de poder atuar com total liberdade. Foi uma experiência maravilhosa. (EO2)

[...] primeiro que ele é prazeroso [...] para mim o parto domiciliar é satisfação. É poder ver que eu sou capaz de fazer tudo aquilo que aprendi e o único lugar na obstetrícia que você é capaz de colocar em prática tudo que você aprendeu. No parto domiciliar eu me realizo como profissional. (EO5)

[...] sempre digo para as pessoas que o parto domiciliar é um bálsamo para as minhas feridas do parto hospitalar, [...] poder exercer aquilo que acredita e, além de acreditar, ver que faz bem para a pessoa, acho que é uma forma de ir curando tudo aquilo que você vê no ambiente hospitalar. (EO6)

[...] Considero que seja amor, não tem outra palavra. É não se ver fazendo outra coisa. E realmente depois de ter começado nesse universo de atendimento domiciliar que realmente fui entender que realmente escolhi a profissão certa. (EO8)

4.2.2 O parto como manifestação do poder feminino

Esta categoria emergiu da reunião de oito unidades de contexto.

As mulheres entrevistadas revelaram que a experiência do parto proporciona a conexão com o próprio corpo e mente, sendo o domicílio o ambiente mais adequado para que possam assumir o protagonismo no processo de parir.

[...] nunca pensei em fazer um parto hospitalar até porque sempre quis trazer o parto para mim. Nunca quis entregar isso na mão de ninguém [...] o nosso objetivo sempre foi de nos responsabilizarmos totalmente pelo parto e ter essa autonomia. (M1)

[...] comecei a querer liberdade no meu parto, depois que comecei a estudar. Pensei sobre não querer ficar presa na cama com perna aberta. Quero ter liberdade para agachar, andar, engatinhar, para fazer o que tiver de fazer. (M4)

[...] nós já deixamos de pensar que não é motivado pelo medo, e sim mais pelo lado positivo de realmente comer o que quiser, de poder descansar quando quiser. (M7)

Conforme os relatos o parto ocorre como expressão do poder do corpo da mulher e gera o sentimento de satisfação ao se permitir entregar para o desconhecido e sentir o que o parto oferece.

[...] parecia que estava ventando e eu estava me segurando no mastro e de repente veio um furacão e me arrancou [...] me senti desafiada. [...] é lindo demais essa experiência. [...] acho que para mulher, o que o parto é para a mulher o que a guerra é para o homem. Deve ser o momento da vida da mulher que em um curto espaço de tempo se vivencia a maior quantidade de experiências que diz respeito ao fato dela ser mulher. Você está pronta para qualquer coisa, se sente tão forte, como se nada mais fosse te abalar, que venceu, por isso disse que é como se fosse para guerra. [...] você vai com tudo e, quando vence, pensa que era medo do desconhecido. Assim que o bebê passa é instantâneo, tudo o que você estava sentido vai junto, a dor, tudo, só vem felicidade, só vem uma explosão de felicidade, de alívio. [...] fiquei maravilhada, em estado de êxtase, você se sente como se tivesse matado um dragão. (M3)

[...] foi a melhor experiência da nossa vida. Senti a cabeça dele nascendo e depois senti o corpinho dele passando, bem molinho, e depois que passou a cabeça não senti mais dor e na hora que vi que ele nasceu, senti ele saindo de dentro de mim. Foi a melhor experiência da minha vida, surreal mesmo. No outro dia estava querendo viver tudo de novo. (M4)

[...] foi tudo realmente do jeito que gostaria que fosse mesmo,

até as coisas que gostaria que não acontecessem, se acontecessem foram do jeito que tinha falado [...] não consigo pensar em mim tendo um filho no hospital de novo. Para mim o jeito do neném nascer é em casa mesmo. (M5)

[...] é muito louco porque olhava os três na minha volta e pensava: ninguém pode passar pelo que estou passando, ninguém vai me ajudar, sou eu comigo mesma. [...] é como se fosse um portal, uma preparação do que vinha. (M6)

[...] você olha e vê como uma coisa que não foi ruim e que foi muito bonita, muito gostosa, um dia que olho e falo, um dia feliz, acho que o dia mais feliz da minha vida. (M7)

[...] acho que quando você se entrega ali para o momento do nascimento, do parto em si, acho que tudo isso é trabalhado junto com o físico, o psicológico também é trabalhado, a produção de hormônios que acontece ali, enfim acho que tudo é um somatório, uma soma para no final ter esse resultado. [...] acho que transforma como mulher, primeiro porque quando passa por esse processo e encara ele de frente, acho que você toma o seu poder de volta, como mulher mesmo, porque isso foi retirado. (M8)

4.2.3 Do processo de escolha ao vínculo com a equipe

Esta categoria emergiu da reunião de 25 unidades de contexto.

A decisão pelo parto domiciliar demonstrou acontecer após a busca individual de informações e com profissionais da área, possibilitando o conhecimento sobre os riscos e benefícios de parir no domicílio. Para as mulheres o envolvimento do companheiro na busca do conhecimento foi um fator positivo no processo de escolha. Já para os acompanhantes o conhecimento adquirido foi utilizado para desconstruir preconceitos a respeito da modalidade de parto e proteger a escolha do casal.

[...] sabia que era uma situação que certamente as pessoas próximas questionariam[...] Saber que por ser algo mais diferente, obviamente, seria alvo de muitas críticas e de que para lidar com essas críticas ter bem elaborado o que fundamentava a decisão dela para isso era importante. (A1)

[...] se você não tem conhecimento tem que buscar adquirir, porque por mais que seja a mulher que faz o parto tem que estar ciente de muita coisa. A questão de barulho, questão de grito, se a pessoa não tem muito conhecimento pode parecer que está matando a mulher ali. [...] então tem que pesquisar [...] hoje têm muitos grupos, muitas informações para se retirar.

(A2)

[...] nós lemos artigos de um periódico. Inclusive eles tinham alguns que eram pró parto domiciliar, tinham dois bem famosos, um deles dava índices favoráveis ao parto domiciliar e aparecia outro superfavorável [...] também queria tomar uma decisão pé no chão, então busquei informações. Não iria fazer um parto domiciliar se ele fosse uma coisa perigosa realmente. (M3)

[...] quando li esse livro desconstruiu dentro de mim e falei assim: porque que quero o parto deitado se vou sentir menos dor, vai ser mais fácil para o meu filho nascer se estiver agachada, qual o problema? Nesse momento, foi desconstruindo e a informação foi vindo e fui compartilhando com o (nome do marido). (M4)

[...] para mim era um pouco desconhecido. Quando assisti realmente vi, mas como que pode acontecer isso? De não respeitar a vontade da mulher. Não entender o desejo que a mulher tem ou de enganar mesmo. Inventar desculpa. (A4)

[...] comecei a pensar seriamente no parto domiciliar. Comecei a pesquisar, a ver estudos, artigos acadêmicos sobre parto domiciliar que eram bem poucos que existiam, e comecei a ler bastante. (M5)

[...] no começo nós procuramos nos informar para ter uma base. E o que é a informação dentro do parto ativo? É unir o conhecimento ancestral com o conhecimento atual, porque antigamente não tinha assepsia, as parteiras vinham, muitas nem lavavam as mãos. Hoje em dia têm aqueles tubos de respiração, uma parafernália que pode ser útil caso aconteça uma intercorrência. (A6)

A escolha pelo parto domiciliar representa romper com o modelo praticado nos hospitais, o que para muitas mulheres e acompanhantes acaba gerando um sentimento de desconforto e enfrentamento das pessoas do seu convívio e dos próprios profissionais que os acompanham no pré-natal. Além disso, a resistência da sociedade acaba gerando medo de sofrerem algum tipo de retaliação caso ocorra uma transferência.

[...] o fato de ser algo meio discriminado acaba nos jogando em uma certa marginalidade. Com medo de ir no hospital e, mesmo que não seja nada, ter que ouvir críticas. (A1)

[...] ter passado por essa médica, fiquei mal por dias, não só pelas sugestões que ela colocou, mas pelo atendimento, pela falta de receptividade. Essa hostilização é muito ruim, ainda mais para quem vai passar pelo primeiro parto. (M3)

[...] nós decidimos que iríamos contar. Fazemos parte da igreja, somos cristãos e não queríamos mentir. No início omiti muito, então as pessoas perguntavam e eu mudava de assunto [...] só que as pessoas começaram a perguntar e, às vezes, as pessoas perguntam tanto que você fica coagido. (M4)

[...] uma coisa que acho que fez o meu trabalho de parto parar um pouquinho foi quando lembrei da minha mãe. Ela não queria que fizesse o parto domiciliar, então a hora que lembrei de não ter falado com minha mãe hoje. Acho que foi um negócio que deu um enrosquinho, mas estava supersegura do que queria. Consegui na minha terapia, durante a gestação, entender que era um negócio para mim. (M5)

[...] nós estávamos muito preocupados com a questão da transferência [...] essa dificuldade em saber se nós poderíamos levar um plano de parto, se esse ele poderia ser bem recebido na maternidade mesmo assim. (A5)

[...] acho que as pessoas não veem isso com bons olhos. A grande maioria não vê o parto domiciliar como uma coisa boa, porque tem medo das intercorrências, além de não saber exatamente como funciona, que é tudo muito programado [...] não dei importância para comentários porque estava segura da decisão. Minha vontade sempre foi essa, e ninguém iria me fazer mudar de ideia, então foi tranquilo. (M8)

Este acompanhante relaciona a possibilidade de ir para o hospital como uma situação de vida negativa, desta forma não gostaria de associar o nascimento do filho a uma condição de doença.

[...] nós criamos uma expectativa para a vida [...] não esperamos um atropelamento na esquina e que vamos parar no hospital fazendo uma cirurgia. É a mesma coisa que penso do parto. O fato de ir para um hospital, ter uma intervenção médica, um processo como esse, para mim seria análogo a ter um final de semana ou umas férias interrompidas por uma doença. É com esses olhos que veria. Vejo como algo lamentável, algo negativo. (A3)

Alguns trouxeram sentimentos de medo e enfrentamento da perda de controle sobre o trabalho de parto e os possíveis desfechos, também foi citado de forma natural sobre o medo da morte, demonstrando disposição a enfrentar o risco já que no hospital não estariam isentos desse risco.

[...] para mim faz parte da vida ter que conviver com possíveis fatalidades, com o risco da morte também. Só tive que pensar

nisso de uma forma mais concreta. foi um grande medo quando tomei a decisão no pré-parto, e quando superei isso e cheguei à conclusão que não importava para mim. Queria parir de forma natural. Não existia outra forma e se eu morresse, aconteceu, estava esperando por isso também. (M3)

[...] eu tinha uma obsessão, no sentido de uma ideia fixa, que é a ideia de que ela (a esposa) iria morrer. [...] tive isso na primeira vez e acho que mais intensamente na segunda vez. Achava que ela iria morrer no parto, acho que por esse motivo eu tenha escolhido ficar junto como uma despedida nos momentos finais. (A3)

[...] eu pensava na morte. E se meu filho morre? E se eu morro? A primeira coisa em que pensei. Mas se for morrer eu vou morrer em casa, eu vou morrer no hospital, quando chegar a hora de você morrer, você vai morrer, você morre em um acidente de avião ou você pode morrer atropelado na rua [...] (M4)

[...] realmente a minha preocupação era de que as duas morressem. Se a equipe não tivesse passado essa segurança. O que elas comentaram é que: se fosse para as duas morrerem ou morreriam aqui ou morreriam no hospital, então você pensa: já estamos na chuva mesmo. (A6)

A equipe contratada para atender ao parto foi um elemento para reforçar a escolha do casal que, apesar do medo da possibilidade de intercorrências sentiram-se seguros pela assistência prestada pelos profissionais.

[...] o grupo que nos atendeu, sempre passou as informações corretas, sem nos iludir, muito pelo contrário [...] a única coisa que esperava do grupo era uma análise simples, técnica, da situação atual [...] tivemos uma assistência muito maravilhosa do grupo. (M1)

[...] quando ela falou que queria fazer natural foi supertranquilo, no momento em que me falou sobre o parto domiciliar, mas assistido por um grupo bem constituído, que nos passou muita tranquilidade, muito profissionalismo, nessa assistência. (A1)

[...] a chance de você ter problema é muito pequena especialmente quando tem um grupo que nem o delas, que é extremamente bem preparado, confere exame, tem “n” restrições. A partir do momento que algo não está do padrão delas, elas não fazem. (A2)

[...] o que eu tinha um pouco de receio era de precisar fazer a transferência e as enfermeiras não me acompanharem nessa transferência, acho que esse é um ponto negativo, mas que mudou, porque a (nome da EO) falou que agora está em contrato isso. Elas acompanham até o hospital, o processo de

transferência para chegar lá e explicar o que estava acontecendo [...] o meu medo era chegar lá sozinha e ser maltratada. (M4)

[...] é bem seguro, as meninas já trabalham nessa área a (nome da enfermeira) trabalha no hospital a (nome da outra enfermeira) também a (terceira enfermeira) tinha bastante experiência. Elas sempre muito calmas, transmitindo muita tranquilidade de ter o parto em casa. (A4)

[...] sabia dos riscos, mas a probabilidade era muito pequena de acontecer alguma coisa e que, se acontecesse algo, eu estaria assistida por profissionais que saberiam me encaminhar para um hospital. Estava superconfiante naquela equipe. (M5)

[...] quando entramos em contato com os grupos e as enfermeiras vieram e nos identificamos com o perfil delas, isso meio que dá uma segurança. Tem umas manobras, tem umas coisas. A (nome da esposa) foi se sentindo mais segura assim percebemos que estamos cobertos, não vão nos deixar sangrando aqui e vão sair. (A5)

[...] naquele momento que tive aquele problema pensei que é por isso que as pessoas não podem ter em casa desassistidas, porque se não tivesse ela ali com uma injeção de ocitocina talvez a transferência para um hospital fosse mais difícil resistir. (M6)

[...] em algum momento a mulher pode achar que não vai dar. Então nesse momento nós temos as enfermeiras que estão ali, que tem um conhecimento técnico para saber se aquilo é um indicativo real ou não, se é só um medo mesmo. (A6)

[...] elas falaram bem o que pode dar errado e quais manobras elas sabem fazer ou teriam de fazer caso fosse necessário, esse tipo de informação foi o que para mim deu mais segurança. (M7)

4.2.4 O parto como evento familiar

Esta categoria emergiu da reunião de 18 unidades de registro.

As mulheres entrevistadas trouxeram aspectos do PDP voltado para a intimidade do lar, seu ambiente de convívio diário, e com a liberdade de escolha das pessoas presentes no momento do parto. Nesse contexto, os acompanhantes acrescentaram ter consciência da importância de sua participação tanto no apoio para a mulher como para a preparação do ambiente.

[...] nunca me acostumei com a ideia, por exemplo, de ter pessoas estranhas perto de mim, de não poder estar do jeito que eu quero, comer o que eu quero, na posição que eu quero, do meu tempo ser respeitado né. [...] antes de entrar no expulsivo eu fiquei no quarto e eu queria luz apagada, não queria cheiro, o menor número de pessoas possível, só o (nome do marido) e a doula. (M1)

[...] percebi que a escolha pelo parto domiciliar era uma decisão dela bem consciente. Claro dei meu apoio o tempo todo. Nós sempre discutimos para melhorar elaborar essa escolha, as motivações pela qual ela teve essa escolha, mas foi mais a posição dela. [...] acho que trabalhar isso foi bom para mim. Como se colocar em uma situação mais passiva em relação a escolha dela [...] porque diz respeito ao corpo dela e não ao meu. (A1)

[...] umas duas horas que ele tinha nascido já estava todo mundo tomando café aqui na sala, sentado no sofá, então tem o conforto, a intimidade, a naturalidade que tudo acontece. (M2)

[...] enquanto ela (a esposa) se ajeitava, tomava um banho, nós já descemos montar um café, era uma meia hora, 40 minutos depois estava ele aqui conosco na sala, todo mundo na sala conversando uma maravilha! Isso não tem preço! (A2)

[...] e ele me deixou bem a vontade para escolher, e falou que acha que essa decisão era só minha, é tão importante para você que não me sinto no direito de interferir. Acho que na verdade esse foi o ponto mais importante de todo o processo. (M3)

[...] ela mesmo me disse, porque acho que a mulher precisa de alguém nesse momento, de apoio, e se esse apoio vier de uma pessoa que ela tem a maior intimidade, união de tudo, de ideias de sentimentos imagino seja mais efetivo. (A3)

[...] meu filho vai ficar comigo, não vai precisar fazer procedimento que não é necessário na hora e estarei em casa, não vou precisar sair para longe. Foi um tempo muito gostoso de família nosso. [...] nós cantamos para ele no banheiro, na minha casa, no meu conforto e não senti mais dor nenhuma. [...] você saber que escolheu o melhor para o seu filho, o aconchego do lar é o melhor para receber a criança. A sua casa, o seu cantinho, nem me preocupei com roupa de sair de maternidade e eu coloquei uma roupa de ficar em casa nele, uma roupa confortável. (M4)

[...] eu sempre a incentivando, sempre falo muito pra ela que a decisão que ela escolher, se achar que o médico é o melhor importante que se sinta bem. Eu quero que ela se sinta bem que no momento, porque é ela que vai ter o maior impacto com o nascimento. (A4)

[...] se ela tivesse dito para mim que optasse por cesariana eu respeitaria do mesmo jeito, porque tenho uma participação, mas a decisão final é dela, o corpo é dela. Ela que vai sentir tudo aquilo, o meu processo é ser o companheiro. (A6)

[...] é muita emoção, é muita coisa acontecendo e depois que o neném nasce no mesmo dia já vai poder dormir junto com seu acompanhante, todo mundo assim é muito legal. [...] É você se sentir mais no controle sobre quem vai visitar e quando vai visitar, em casa nós temos muito mais autonomia para falar. (M7)

[...] acho que a importância assim está em se sentir segura [...] estar no seu ambiente e aquelas pessoas que, no caso meu companheiro, presenciar do início ao fim, estar junto, poder estar, poder vivenciar aquilo, afinal de contas é a família que está crescendo [...] e foi totalmente diferente, do jeito que nós gostaríamos, com pouca luz, com movimentação, com chuveiro, assim literalmente em casa né? (M8)

A presença dos filhos mais velhos também foi citada, ainda que não exatamente no momento da expulsão do bebê, mas no intuito de integrar os outros filhos nesse evento. Alguns relatos expuseram o desejo de ver os filhos confortáveis, e permitir que eles escolhessem estar ou não no momento.

[...] ele viu um pouco depois pediu para sair, não viu certinho nascer, mas deu 1 segundo ele foi para o banheiro, viu tudo e tal, viu que nós o pegamos e fomos para a banheira. Ele só não viu nascer, mas participou do trabalho. Foi bonitinho porque teve uma hora que ele estava mais tranquilo que eu encostava na cama, movimentava o quadril e fazia o som né, daí ele fazia massagem nas minhas costas depois dizia: mamãe fazia assim e ele fazia igual. Então ele sabia que o (nome do bebê) estava nascendo sabe? Ele participou um pouquinho, mas teve uma hora que começou a ficar meio assustado [...] nós queríamos que ficasse à vontade [...] não queria ficar me preocupando com ele estar à vontade naquele momento. (M1)

[...] a (nome da filha do meio) estava dormindo porque foi de madrugada, só acordou quando o nenê nasceu, uns dois minutinhos depois. Pegaram ela e trouxeram, e ficou conosco na cama. O (nome do filho mais velho) participou de tudo ali no final mais do expulsivo mesmo, e foi bem bonitinho. Ele falava: vai mãe, vai mãe, está saindo, está nascendo mãe. (M2)

[...] no caso do (nome do filho mais novo) queríamos eles (os filhos mais velhos) perto, acordá-los, queria que estivessem perto. Queria acordar o mais família possível. Com a minha sogra, com a amiga dela infância e os baixinhos. Deu certo, estava todo mundo naquela cama. (A2)

[...] ela não quis ficar junto porque eu estava vocalizando bastante, mas sempre quis que ela participasse [...] teve uma hora que acho que estava no expulsivo porque estava mais atenta assim as coisas que ela veio. Segurou minha mão e veio uma contração e vi que ela se assustou, aí ela saiu e veio e trouxe um bichinho do banho para mim, um dinossauro e me trouxe: “oh, para você”. Tipo eu não estou aí, mas trouxe um substituto. (M5)

Alguns acompanhantes revelaram ainda um sentimento de satisfação e transformação como pais e companheiros, fortalecendo a relação com os filhos e companheira, e ampliando a visão sobre a paternidade.

[...] foi uma experiência importante para mim porque no segundo parto fiz questão de ser o apoio principal da (nome da esposa) e fazer o que a doula fez no parto da (primeira filha) e isso foi muito bom, fez me sentir muito bem e acho que foi muito bom para ela também. Eu senti que desempenhei bem o papel de acompanhante no segundo parto e fiquei muito feliz por isso [...] nos dois casos fiz questão de pegar os meus filhos né quando eles saíram e foi muito emocionante.

[...]o nascimento da (primeira filha) foi um nascimento para mim que durou bastante para eu reformular minha identidade como pai e na segunda vez já sabia o que esperar, e aí pude vivenciar a experiência de forma mais serena, mais realista. (A3)

[...] e quando começou realmente a ter o processo que ele começou a sair, quando saiu uma parte do corpinho e ele já com o olhinho aberto, olhando para mim assim. Foi um momento muito gostoso, porque elas já enrolaram e deram para nós e começamos a cantar pra ele, filho você venceu, depois falei para (nome da esposa) você venceu amor. (A4)

[...] é exatamente aquele lance do ciclo da vida sabe. É uma coisa assim ancestral. Uma coisa que se todo homem tivesse oportunidade de participar desses momentos, com certeza, valorizaria muito mais a família por fazer parte desse processo e ver que não é uma coisa tão simples. [...] é maravilhoso ver o seu filho chegando ao mundo. O primeiro chorinho, você é um dos primeiros a pegar no colo, a ligação parece maior, a ligação entre os pais e filhos. (A6)

As falas trouxeram aspectos importantes sobre a experiência dos participantes do parto domiciliar. No capítulo seguinte serão confrontados estes aspectos com achados da literatura científica a fim de fortalecer este estudo.

5 DISCUSSÃO

Neste capítulo serão confrontados os resultados do estudo com as evidências disponíveis na literatura nacional e internacional. O capítulo será dividido conforme as categorias exploradas no capítulo anterior

5.1 A PRÁTICA PROFISSIONAL DA EO NO ATENDIMENTO RESPONSÁVEL E SUPERAÇÃO DO MODELO TECNOCRÁTICO

O PDP envolve um atendimento responsável e seguro, assim como observado nas falas das EO1, EO2, EO4, EO5 e EO6, que ressaltaram sobre os critérios para acompanhamento do parto no domicílio, garantindo que a mulher se enquadre no perfil de uma gestação saudável e de risco habitual. Não obstante, que a estrutura do domicílio também tenha as mínimas condições de higiene, indo ao encontro das recomendações da OMS (1996) para um parto domiciliar, que estabelece que o mesmo deve ocorrer munido de equipamentos adequados, em ambiente limpo, com rede de esgoto tratado, água encanada e com fácil acesso a um hospital, caso haja necessidade de transferência.

O COREN-PR também ancora o atendimento da EO no domicílio através do Parecer Técnico nº001/2016, reforçando a necessidade de estarem cadastradas como especialistas junto ao conselho. Frank e Peloso (2013) encontraram resultados semelhantes em estudo realizado com sete profissionais que atendem parto domiciliar na região de Cascavel, Paraná, as quais também manifestaram a importância de garantir o atendimento às mulheres saudáveis e em local adequado.

Sete entrevistadas ressaltaram a importância da experiência hospitalar prévia no atendimento ao parto para então atuar no PDP, vez que necessitam ter um olhar clínico aguçado e habilidade técnica para o manejo de intercorrências, reforçando a ideia de que o estudo constante e a capacitação também envolvem um atendimento responsável.

Nesse sentido, estudo realizado por Frank e Peloso (2013) também demonstrou que a atuação no PDP exige constante estudo e dedicação, a fim de promover a assistência mais segura possível para o binômio, mantendo a

atenção para a viabilidade do parto e sinais de complicação que necessitem de suporte técnico mais específico.

No Canadá a atuação das parteiras profissionais é reconhecida e considerada segura para o parto domiciliar, garantindo a redução da mortalidade perinatal quando comparado com desfechos de partos hospitalares em mulheres de risco habitual. (JANSSEN et al, 2009).

Outro estudo canadense avaliou um universo de 6.692 mulheres atendidas no domicílio por parteiras profissionais capacitadas, apontando desfechos favoráveis quando a assistência ocorre sob assistência contínua e com a possibilidade de transferência para instituições hospitalares quando necessário. (HUTTON et al, 2009).

As EO relataram que a assistência ocorre em favor do respeito à mulher e da segurança do binômio. Estudos revelaram que a preocupação dos profissionais que atuam no PDP favorece a identificação de sinais de alerta e risco para intercorrências, garantindo um atendimento seguro e a transferência em momento oportuno quando necessário. (FRANK e PELLOSO, 2013; MATTOS, 2016).

Revisão sistemática avaliando 22 estudos internacionais apontou que a atuação de parteiras profissionais propicia a detecção precoce de intercorrências e intervenção oportuna, diminuindo as transferências hospitalares por emergências. (MCINTYRE et al, 2012).

A decisão por atender parto domiciliar revelada na fala das EO1, EO3, EO4, EO5, EO6 e EO7 foi motivada pelo desejo de exercer uma prática autônoma e humanizada. Sanfelice et al (2014) apontam ainda que a instituição hospitalar não lhes permite atuar em consonância com as evidências mais recentes em obstetrícia, atrasando o avanço dos cuidados da mulher no processo parturitivo, o que por muitas vezes acaba direcionando o profissional a atuar de forma ultrapassada. Além disso, atuar em um ambiente que promove ações completamente contrárias aos princípios e valores destes profissionais gera conflito de identidade e responsabilidade profissional.

No Brasil, o modelo praticado na maioria dos hospitais entende o parto como um evento patológico e coloca o profissional médico no centro do cuidado. Ao distanciar-se do modelo tecnocrático, a imagem da mulher como protagonista do nascimento é resgatada, aproximando-se do modelo

humanista, o qual preza pela autonomia de escolha da mulher sobre como e onde parir, modelo este que hoje é considerado ideal quando se trata da humanização da assistência. (BRASIL, 2014).

Assim como ressaltado pelas profissionais o PDP proporciona um atendimento humanizado, menos intervencionista e mais respeitoso. Estudo realizado com grupo de EO que atendem PDP no estado de São Paulo, revelou que ao retornar para o domicílio como local de assistência as EO rompem com o modelo tecnocrático praticado nos hospitais, possibilitando uma assistência autônoma e garantindo as mulheres um parto como protagonista e amparado por uma assistência baseada em evidências científicas. (SANFELICE et al, 2014).

A atuação da EO caminha no sentido de vincular-se a mulher e seu acompanhante, buscando interagir com eles e conhecê-los durante o processo, a fim de construir a relação de segurança entre os atores envolvidos. (TORRE; SANTOS; VARGENS, 2008). Nesse sentido, sete EO entrevistadas citaram que durante o pré-natal procura-se construir uma relação de intimidade com o casal, na qual buscam conhecer suas histórias bem como esclarecer sobre os aspectos que envolvem o parto em si, o que fortalece a relação de confiança entre eles.

As EO entrevistadas ressaltaram a importância da interação com o casal no que diz respeito a transparência do atendimento, riscos e da importância do preparo para o parto. Essa atitude da equipe faz emergir no acompanhante o sentimento de confiança, vez que estão cientes da evolução do processo, e têm liberdade para interagir e se manifestar. Da mesma forma estudo apontou a presença da família como positiva na cena do parto, contribuindo para a boa evolução do mesmo. (FRANK e PELLOSO, 2013).

A necessidade de transferência representa um momento de tensão para as EO, que expressaram temer pela recepção dos profissionais do hospital. Estudo realizado por Mattos (2016) apontou que para combater possíveis retaliações muitas equipes e casais omitem a informação da tentativa pelo parto em casa, afirmando apenas que estavam aguardando a evolução do trabalho de parto para então buscarem assistência hospitalar.

Para Frank e Pelloso (2013) é necessário manter-se atualizado e atuando em consonância com as evidências científicas mais recentes como

forma de enfrentar os embates com profissionais contrários à prática do PDP. Mattos et al (2016) também entendem que a relação conflituosa entre profissionais favoráveis e contrários pode impactar negativamente na assistência prestada ao PDP, uma vez que restringe o acesso das mulheres a uma assistência humanizada em situações de transferência.

Apesar dessas limitações, a atuação da EO no domicílio gera o sentimento de satisfação e alegria, como expressado nas falas das EO1, EO2, EO5, EO6 e EO8. A respeito disso Sanfelice et al (2014) afirmam que a realização pessoal e profissional ocorre ao devolver à mulher o protagonismo do parto, gerando o sentimento de trabalho cumprido e permitindo uma assistência transparente e carinhosa.

Torres, Santos e Vargens (2008) defendem que a vida da EO ganha sentido ao prestar o cuidado para a mulher no trabalho de parto, visto que permite a elas a expressão do feminino e a descoberta sobre o poder de seus corpos.

As EO1, EO7 e EO8 complementaram que, além dos conhecimentos e habilidade técnica, também é necessário disponibilizar tempo para este trabalho, o que impacta muitas vezes no cancelamento de compromissos pessoais e no convívio com a família, porém, entendem que se trata de uma escolha atuar nesse meio. Sanfelice et al (2014) expõe que ao decidir prestar assistência a mulheres em partos naturais as EO precisam aceitar que este não tem hora para acontecer e, portanto, devem estar dispostas a reorganizar a dinâmica de suas atividades pessoais em prol da mulher em trabalho de parto.

5.2 O PARTO COMO MANIFESTAÇÃO DO PODER FEMININO

O parto em casa manifesta o poder do corpo da mulher, propicia a conexão com aspectos físicos e psicológicos e leva a vivência de um evento transformador e de superação do medo do desconhecido. (JOUHKI et al, 2017).

Para as entrevistadas M1, M4, M6 e M7 a decisão pelo domicílio ocorreu pelo desejo de serem as protagonistas no parto, buscando a conexão com o corpo e mente e possibilitando a entrega para o processo instintivo de parir.

Resultado semelhante foi encontrado por Sanfelice e Shimo (2015a) em estudo realizado com 14 mulheres que experienciaram o PDP; foi evidenciado que elas dificilmente conseguiriam questionar os profissionais no hospital ou se negar a receber algum tipo de intervenção, fato que as motivou a definir o domicílio como melhor local para ganharem seus bebês.

Estudo americano demonstrou ainda que durante o processo de escolha pelo local de parto as mulheres sentiram-se reprimidas pelo ambiente hospitalar, onde estariam privadas de escolher sobre o próprio corpo. Também apontou que para elas o PDP permitiu a manifestação da função natural do corpo feminino, garantindo que estivessem no centro do cuidado, como protagonistas do nascimento junto com o bebê. (WORMAN-ROSS E MIX, 2013).

Para as mulheres a escolha do parto em casa surge da necessidade de permanecerem no ambiente do lar, dentro do próprio cotidiano e de sua família, favorecendo o sentimento de segurança para o processo, como foi apontado também por Feyer et al (2013b).

Estudo australiano apontou que o parto no domicílio envolve aspectos subjetivos em relação a construção da maternidade e do papel de mãe e que o espaço físico do lar contribui para que esse sentimento seja aflorado. (BURNS, 2015).

As entrevistadas M3, M4, M5, M6, M7 e M8 revelaram sentir-se satisfeitas com a experiência do parto, momento em que puderam expressar sua força para superar um processo desafiador. Estudo realizado por Moraes et al (2016) também apontou que a vivência do parto representa para as mulheres a força e o protagonismo desse evento tão feminino.

Estudo finlandês também apontou que o PDP proporciona um sentimento de alegria e plenitude, onde sentem-se parte da natureza e vitoriosas por terem parido os filhos a seu modo, com autonomia e respeito. (JOUHKI et al, 2017).

Esta pesquisa demonstrou que as mulheres entendem o processo do parto como um desafio, e que vencê-lo as torna mais fortes e poderosas. Castro (2015) também revelou que o PDP garante à mulher o protagonismo do parto e a livre expressão do poder feminino, contribuindo para a ressignificação da maternidade ao comparar a experiência do parto em casa com as

experiências hospitalares anteriores. Souza et al (2014) acrescentam ainda que o parto é um evento natural e feminino e que ao conseguir vivenciá-lo no ambiente íntimo do lar, sentem-se empoderadas e capazes.

Estudo realizado na Finlândia encontrou dados semelhantes aos do Brasil. Para ele as mulheres revelaram confiar na natureza do corpo e na equipe, assim como experienciaram um parto transformador e satisfatório, fazendo-as sentir como rainhas ao vencer a dor e o cansaço do trabalho de parto. (JOUHKI et al, 2017).

Em Andalucia, na Espanha foram achados resultados semelhantes, onde mulheres optaram pelo parto em casa para garantir que suas escolhas fossem respeitadas no nascimento de seus filhos e para que pudessem vivenciar a experiência transformadora do parto sem interferências externas. (LARIOS et al, 2018).

Collaço et al (2017) apontou que a vivência do parto em casa permitiu que as mulheres estivessem disponíveis para se entregar ao processo instintivo de parir, praticando apenas aquilo que fizesse sentido para elas durante o processo de parturição.

Worman-Ross e Mix (2013) acrescentam ainda que a experiência do parto promove, além da conexão da mulher com o próprio corpo e espírito, também o fortalecimento do vínculo com o bebê, parceiro e familiares envolvidos no cenário.

5.3 DO PROCESSO DE ESCOLHA AO VÍNCULO COM A EQUIPE

Para os entrevistados M3, M4, M5, A1, A2, A4 e A6 o conhecimento sobre o PDP foi construído através de leituras e contato com especialistas, fato que garantiu sentimento de segurança sobre a decisão pelo PDP. A busca por informação pelas mulheres e acompanhantes ocorre para ancorar a decisão pelo PDP e auxiliar no enfrentamento às pessoas contrárias a essa escolha. (MORAES et al, 2016).

Da mesma forma, Prates (2018) também apontou que os casais buscam por informação através de contato com outras pessoas que passaram pela experiência do PDP, ocasião em que também tomavam conhecimento das equipes prestadoras desse serviço.

Lessa et al (2014) reforça ainda que a escolha pelo PDP não é rápida, e que o interesse em buscar informação depende da mulher e seu companheiro que precisam colocar-se no papel de investigadores, buscando ativamente por evidências e relatos que transformem uma escolha subjetiva em uma escolha informada.

A busca por informação também parece estar relacionada ao alto grau de instrução desses casais, que em sua maioria são jovens e possuem formação superior, o que facilitaria o acesso a informação de qualidade, bem como a análise crítica sobre o evento. (FEYER et al, 2013a; COLLAÇO et al, 2017).

A informação também motivou as mulheres a tomarem conhecimento da realidade obstétrica praticada dentro dos hospitais, motivando-as a fugir desse ambiente impessoal e intervencionista para permanecerem na privacidade do lar. (NASCIMENTO et al, 2016).

Apesar de ter clareza de suas escolhas os entrevistados M3, M4, M5, M8, A1 e A5 manifestaram receio em relação a opinião das pessoas de seu convívio social. Por se tratar de uma escolha diferente do que se espera culturalmente, muitos casais manifestaram a dificuldade em enfrentar a resistência de familiares e profissionais de saúde em relação à escolha deles, semelhante aos achados no estudo de Castro (2015), em que os entrevistados relataram a opção por manter a escolha de PDP em sigilo dos familiares.

Estudo realizado na Finlândia também revelou que para as mulheres a omissão sobre a escolha pelo parto domiciliar para a família e amigos representa um ato de autopreservação, uma vez que acabavam se sentindo prejudicadas pelos comentários pejorativos das pessoas. (JOUHKI et al, 2017).

Para os acompanhantes A1 e A5 ficou evidente o receio pela possibilidade de transferência, uma vez que têm a ideia de que o hospital representa um lugar ruim. Estudo revelou que este sentimento está relacionado ao medo de sofrer violência obstétrica e de ter o processo do parto medicalizado e iatrogenizado, visto que as mulheres relacionam o hospital às instituições prisionais, pois, ao passarem por um primeiro parto hospitalar sentiram-se privadas de sua autonomia e liberdade ao serem confrontadas com rotinas e normas institucionais. (CASTRO, 2015).

Jouhki et al (2017) acrescenta em comparação realizada entre

experiências hospitalares e domiciliares de parto que, para as mulheres, parir no hospital gerou o sentimento de serem intrusas dentro do próprio parto, uma vez que permaneciam passivas às intervenções que lhe eram impostas pela equipe.

Para alguns entrevistados o parto representa a perda do controle sobre o processo e seu desfecho. Os entrevistados A1, M3, A3, M4 e A6 revelaram considerar a possibilidade da morte, tanto da mãe como do bebê, durante o PDP, contudo, entendem que esta faz parte da vida, não cabendo a eles lutar contra, mas sim aceitá-la como parte de um ciclo.

Estudo realizado por Gomes et al (2006) identificou sentimentos diversos em familiares de mulheres que foram a óbito por consequência complicações na gestação e/ou parto hospitalar. Para alguns a morte era esperada, pois considerava contextos de gestações de alto risco, por outro lado, outros revelaram o sentimento de inconformismo, já que o resultado de uma gestação deveria ser positivo para a família.

Os entrevistados desta pesquisa apontaram a percepção de que a morte no PDP seria uma fatalidade, pois consideraram que a equipe de EO estava preparada para intervir em situações previsíveis. No estudo de Gomes et al (2006) os familiares manifestaram insatisfação em relação a assistência recebida tanto no pré-natal como no parto, demonstrando o entendimento de que as mortes poderiam ter sido evitadas.

Para os entrevistados M1, A1, A2, M4, A4, M5, A5, M6, A6 e M7 a relação de confiança construída com a equipe de EO teve papel importante no processo de escolha e durante o próprio parto. O vínculo estabelecido previamente e a certeza das habilidades técnicas das profissionais garantiram o sentimento de estarem bem amparados tecnicamente.

Medeiros et al (2008) apontaram que o acompanhamento do PDP gera o sentimento de segurança, uma vez que se sentem convidadas a expor as suas dúvidas e receios para o profissional, criando um laço de confiança entre eles.

Achados semelhantes foram encontrados por Jouhki et al (2017), que apontou que para algumas mulheres a simples presença do profissional qualificado já transmitia o sentimento de segurança. Estudos demonstraram que a confiança estabelecida para com a equipe é fundamental no processo de

escolha pelo local de parto, refletindo positivamente na evolução do processo. (SOUZA et al, 2014; MORAES et al, 2016).

5.4 O PARTO COMO EVENTO FAMILIAR

Os entrevistados M1, A1, M2, A2, M3, A3, M4, A4, A6, M7 e M8 citaram a característica familiar do domicílio como sendo um fator de impacto positivo no nascimento, admitindo que o acompanhante exerce papel fundamental no processo. Prates (2018) apontou o apoio do acompanhante como chave para o processo de escolha pelo parto domiciliar, transformando o sonho da mulher no próprio sonho, assim como foi identificado pelas mulheres e acompanhantes neste estudo.

A necessidade de darem à luz a seus filhos em um ambiente amoroso, respeitoso e a busca por um parto natural sem intervenções desnecessárias também foi demonstrada por Castro (2015). Além disso, estudo finlandês sugeriu que a experiência do parto é considerada parte da vida cotidiana da mulher, assim como escovar os dentes ou tomar banho, sendo então o domicílio o melhor lugar para viver este processo. (JOUHKI et al, 2017).

Frank e Pelloso (2013) ressaltam que a participação do companheiro e da família no processo do parto em casa fortalece as relações familiares, e confere segurança para a mulher em trabalho de parto.

Contudo, nem todos os familiares estão preparados para aceitar um PDP, desse modo muitas vezes as mulheres são forçadas pelas circunstâncias a omitirem a informação do PDP para suas famílias, evitando estabelecer conflitos e ver seu direito de escolha ameaçado. (FEYER et al, 2013b).

Os entrevistados M1, M2, A2 e M5 revelaram que a presença dos filhos mais velhos era uma vontade para o PDP, desde que estes se sentissem confortáveis em estar na cena do parto. Prates (2018) demonstrou que alguns pais prepararam os filhos para acompanharem o nascimento dos irmãos mais novos, explicando sobre a dor e os possíveis gritos e mostrando vídeos. Para eles, essa preparação ajudaria a desconstruir a visão negativa do parto para os filhos ainda pequenos.

Dados semelhantes foram encontrados por Jouhki et al (2017), ao sugerir que a presença dos filhos mais velhos na cena do parto fortalece a

percepção de intimidade do nascimento e contribui para o sentimento de satisfação em relação ao parto.

Conforme as falas de alguns acompanhantes (A3, A4 e A6), o parto representou um momento de transformação como homem e renovação do sentido das relações familiares, achado semelhante ocorreu em estudo realizado com 30 casais que experienciaram o PDP em Florianópolis. Neste, a experiência do parto permitiu o fortalecimento da relação do casal como homem e mulher e facilitou o amadurecimento da relação com os filhos. (COLLAÇO, 2017).

As experiências dos acompanhantes A3, A4 e A6 permeiam o processo da transformação do ser homem para o ser pai. Participar do processo do trabalho de parto ofereceu aos eles a possibilidade de vivenciar efetivamente a experiência do nascimento, amparando sua esposa e recebendo seu filho nos braços pela primeira vez. (MELO, 2015).

Feyer et al (2013b) também apontou a integração do homem no processo de parturição como participante ativo, amparando a mulher em sua escolha e sustentando a decisão perante a resistência da família; para estes casais a escolha do local do parto é tão compartilhada quanto a própria decisão de gestar, dessa forma, homem e mulher tem o entendimento de serem agentes participativos no nascimento.

Para Collaço et al (2017) a vivência do parto no domicílio representa um estilo de vida que tem no poder da natureza e das relações familiares o sentido da vida. O nascimento de um filho no ambiente doméstico reconstrói laços familiares por meio do amadurecimento, assim como os achados desta pesquisa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu conhecer a experiência dos entrevistados a respeito do nascimento no domicílio, evidenciou também que existe proximidade na vivência das mulheres, acompanhantes e EO no que diz respeito a autonomia da mulher no processo parturitivo e satisfação pela vivência do parto.

Exercer a prática da Enfermagem Obstétrica de forma autônoma e responsável foi um dos aspectos mais ressaltados pelas EO, demonstrando que, ao contrário do desconhecimento social, elas são legalmente responsáveis por sua atuação, e procuram manter-se atualizadas e capacitadas para agir de forma segura diante de intercorrências.

Também foi observado que o cuidado um para um praticado no domicílio favorece o sentimento de segurança da mulher e seu acompanhante em relação a equipe, já que no domicílio a assistência é prestada para aquele casal de forma privativa, conferindo maior qualidade no acompanhamento realizado pelas EO.

Outro aspecto diz respeito à realização pessoal e profissional vez que as EO se veem plenamente felizes ao possibilitar que as mulheres exerçam com liberdade e autonomia o protagonismo da cena do parto.

Para as mulheres o parto representa a expressão do poder feminino, permeado por processos espirituais e de superação das dificuldades e da dor. Essa experiência serve como preparação para o exercício da maternidade, provando para a mulher que ela é capaz de vencer os desafios do puerpério, por exemplo.

Outro aspecto identificado pelo estudo diz respeito à construção da paternidade. Para os participantes a experiência do PDP promove, além da transformação do papel da mulher, o renascimento do papel do homem e a construção do significado de ser pai.

Com esta pesquisa também foi possível evidenciar que o PDP faz parte do contexto de jovens de classe média, os quais possuem maior facilidade de acesso a informação, permitindo que eles cheguem a uma escolha baseada dados.

As mulheres e seus respectivos companheiros demonstraram estar

seguros e confiantes na decisão pelo parto domiciliar planejado. Entendendo o parto como o nascimento de uma nova família, observa-se que estes casais têm clareza da complexidade e da importância desse evento para as relações esposo/esposa e pai/filho. Além disso, sugere que existe uma relação de construção de conhecimento intergeracional, promovendo aos filhos mais velhos o entendimento do parto como um evento natural.

Este estudo também permitiu conhecer a percepção das mulheres e acompanhantes a respeito da morte que, ao contrário do que se espera, consideram-na como parte do ciclo da vida, entendendo que não detém o poder de impedir este acontecimento mesmo que o parto ocorra dentro do hospital. São necessários mais estudos a este respeito, considerando que a escassez de investigações nacionais sobre mortalidade materna diz respeito a experiências hospitalares ou desfechos quantitativos.

Espera-se que a sociedade compreenda que a escolha pelo PDP é, acima de tudo, responsável. Na perspectiva de todos os entrevistados o parto domiciliar preza pela autonomia, pela expressão do poder do corpo da mulher, pela fisiologia do parto e pela privacidade. O PDP demonstrou ainda ser uma escolha baseada em conhecimentos concretos e científicos, e em profissionais capacitados, conferindo o caráter de responsabilidade para os entrevistados.

Sugere-se que os próprios profissionais atuantes no PDP realizem pesquisas dentro deste cenário de atuação nas diversas regiões brasileiras, assim como incentivem a discussão do PDP na academia. Ressalta-se ainda a importância de incluir o PDP nas políticas públicas nacionais, para que esse serviço possa ser oferecido pelo SUS e, dessa forma, consiga atingir todas as camadas da sociedade, tornando-se popularmente aceito.

Também se revelou importante a construção de uma rede de apoio e sensibilização das equipes das maternidades públicas e particulares no sentido de melhorar a receptividade das mulheres transferidas do domicílio em qualquer situação, fato que poderia melhorar as condições dessas transferências bem como a satisfação dessas mulheres em relação ao atendimento prestado.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, DF, 25 jun. 1986, Seção.I. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 05 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto e Nascimento Domiciliar Assistidos por Parteiras Tradicionais- O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e Experiências Exemplares**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. 1.ed. 2.reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em: 20 de mai. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS - A Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, DF, 24 jun. 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html> Acesso em: 12 mai. 2017.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**, DF, 12 dez. 2012, Seção.1. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno Humaniza SUS- Humanização do Parto e do Nascimento**. v.4. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2017.

BRASIL. DATASUS, Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos. **Nascidos vivos**. 2016a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal- Relatório de Recomendação**. 2016b. Disponível em:

<http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf> Acesso em: 18 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal- versão resumida**. 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf> Acesso em: 18 ago. 2017.

BURNS, E. *More than four walls: the meaning of home in home birth experiences*. **Social Inclusion**, v.2, n.2, p.6-16, 2015. DOI:10.17645/si.v3i2.203. Disponível em: <<https://www.cogitatiopress.com/socialinclusion/article/view/203/203>>. Acesso em: 11 fev. 2019.

CASTRO, C. M. D. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. **Cad Saúde Colet [online]**, v. 23, n. 1, p. 69-75, Jan. 2015. DOI. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500010012>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000100069&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 19 set. 2017.

COLLAÇO, V. S. et al. The meaning assigned by couples to planned home birth supported by nurse midwives of the Hanami Team. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 2, Jun. 2017. DOI. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006030015>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200303>. Acesso em: 16 nov. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 0516/2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html>. Acesso em: 05 mai. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM- PARANÁ. Parecer Técnico nº001/2016. Atuação de Enfermeiro Obstétrico que assiste ao parto domiciliar e critérios para cadastramento para fins de emissão e preenchimento de Declaração de Nascido vivo. Disponível em: <https://www.corenpr.gov.br/porta/images/pareceres/PARTEC_16-001-Atuacao_enfermeiro_obstetrico_parto_domiciliar_declaracao_nascido_vivo.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2017.

CURSINO, T.P.; BENICASA, M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática. **Cien Saúde Colet [online]**, ago. 2018. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/parto-domiciliar-planejado-no-brasil-uma-revisao-sistematica-nacional/16924?id=16924&id=16924>> Acesso em: 05 fev. 2019.

DAVIS-FLOYD, R. *The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth*. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v.75, n.1, p.S5-S23, 2001. DOI: 10.5935/1414-8145.20150081. Disponível em: <http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/the_technocratic_humanistic_and_holistic_paradigms_of_childbirth.pdf> Acesso em: 05 abr. 2017.

FEYER, I. S. S.; et al. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 17, n. 2, p. 298-305, jun. 2013a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000200014&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 07 dez. 2018.

FEYER, I. S. S. et al. Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 6, p. 879-886, dez. 2013b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600011>. Acesso em: 07 dez 2018.

FRANK, T. C.; PELLOSO, S. M. A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. **Rev Gaúcha de Enferm**, v. 34, n. 1, p. 22-29, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000100003&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 07 jan. 2019.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas S.A, 2002.

GOMES, F.A. et al. Mortalidade materna na perspectiva do familiar. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.1, p.50-6, 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000100007>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a06v40n1.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2019.

GUALDA, D.M.R. Nascimento: tempos e formas. In: GUALDA, D.M.R. et al. **Nascimento: perspectivas antropológicas**. São Paulo: Ícone, 2017. 27-40.

HUTTON, E.K. et al. *Outcomes Associated with Planned Home and Planned Hospital Births in Low-Risk Women Attended by Midwives in Ontario, Canada, 2003–2006: A Retrospective Cohort Study*. **Birth**, v.36, n.3, p.180-89, 2009. DOI. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00322.x>. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1523-536X.2009.00322.x>> Acesso em 09 fev. 2019.

JANSSEN, P.A. et al. *Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician*. **Canadian Medical Association Journal**, v.181, n.7, p. 377-83, sept. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2742137/>> Acesso em: 09 fev. 2019.

JOUHKI, M.R. et al. *Giving birth on our own terms—Women's experience of childbirth at home*. **Midwifery**, v. 53, p. 35-41, 2017. DOI.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.07.008>. Disponível em:

<[https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(17\)30525-9/pdf](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(17)30525-9/pdf)>.

Acesso em: 07 fev. 2019.

KOETTKER, J.G et al. Resultados de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.4, p.747-750, jul. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0034-89102012000400020>. Acesso em 20 set. 2017.

LARIOS, F.L. et al. *Challenging the status quo: Women's experiences of opting for a home birth in Andalucia, Spain*. **Midwifery**. V. 70, p.15-21. 2017. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.12.001>. Disponível

em: <[https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(18\)30347-4/pdf](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(18)30347-4/pdf)>

Acesso em: 07 fev. 2019.

LEAVITT, J.W. **Make room for daddy: the journey from waiting room to birth room**. *United States of America: University of North Carolina Press*, 2009.

LESSA, H.F. et al. *Information for the option of planned home birth: women's right to choose*. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.23, n.3, p.665-672, Set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00665.pdf>. Acesso em: 04 set. 2017.

MATTOS, D.V. et al. O enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado. **Rev Enferm UFPE online**, v. 10, n. 2, p. 568-575, fev. 2016. DOI:

10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201625. Acesso em: 07 jan. 2019.

MCINTYRE, M.J. et al. *Safety of non-medically led primary maternity care models: a critical review of the international literature*. **Australian Health Review**, v.36, n. 2, p. 140-47, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1071/AH11039>.

Disponível em: <<http://www.publish.csiro.au/ah/pdf/AH11039>> Acesso em 09 fev 2019.

MEDEIROS, R. M. K.; SANTOS, I. M. M. D.; SILVA, L. R. D. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência.

Esc Anna Nery Rev Enferm, v. 12, n. 4, p. 765-772. Dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452008000400022&script=sci_abstract>.

Acesso em: 07 jan. 2019.

MELO, C. **A participação do acompanhante da mulher no parto domiciliar planejado**. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em:

<<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/169291/338997.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 20 jan.2019.

MERIGHI, M.A.B.; PRAÇA, N.S. **Abordagens Teórico- Metodológicas Qualitativas- A vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2003.

MINAYO, M.C.S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2016.

MORAES, P.M. et al. *Pain of childbirth: women's perception that had the delivery at home*. **Rev Enferm UFPE online**, v. 10, p. 4176-4181, 2016. DOI: 10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201602. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11161/12685>>. Acesso em: 07 jan. 2019.

MOTT, M.L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Proj História**, São Paulo, v.25, p.197-219, dez, 2002. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10588>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

NASCIMENTO, J.P. et al. *Woman's empowerment in planned childbirth at home*. **Rev Enferm UFPE online**, v. 10, p. 4182-4187, 2016. DOI: 10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201601. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11162/12686>>. Acesso em: 07 jan. 2019.

ODENT, M. **Pode a humanidade sobreviver a medicina?** Rio de Janeiro: Instituto Michel Odent, 2016.

OLSEN, O.; CLAUDEN, J.A. *Planned Hospital birth versus planned home birth*. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, sep, 2012. DOI: 10.1002/14651858.CD000352.pub2. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22972043>> Acesso em: 20 set. 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Maternidade Segura: Guia Prático Para o Parto Normal**. Genebra, 1996.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PRATES, L. A. et al. *Being born at home is natural: care rituals for home birth*. **Rev Bras Enferm**, v. 71, p. 1247-1256, 2018. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0541>. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672018000901247&script=sci_arttext&lng=en>. Acesso em: 07 fev. 2019.

SANDALL, J. et al. *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*. **Cochrane Systematic Review**, v. 28, n.4, abr. 2016. Disponível em:
<<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/full#CD004667-abs-0001>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

SANFELICE, C. F. D. O.; SHIMO, A. K. K. *Home birth: understanding the reasons for this choice*. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 3, p. 875-882, sep. 2015a. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015002850014>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000300875>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SANFELICE, C.F.O; SHIMO, A.K.K. Representações sociais sobre o parto domiciliar. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 606-613, dez, 2015b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0606.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

SANFELICE, C.F.O. et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Rev Rene**, Campinas, v.15, n.2, p.362-70, mar/abr. 2014. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000200022. Disponível em:
<<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3170/2433>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

SANTOS, A.A. et al. Discursos de mulheres que vivenciaram o parto domiciliar como opção de parto. **Rev Enferm UFPE online**, Recife, v.8, n.8, p.2716-22, 2014. Disponível em:
<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9976>>. Acesso em: 01 ago. 2017.

SOUZA, R. M. D. et al. Parto natural domiciliar: um poder da natureza feminina e um desafio para a enfermagem obstétrica. **Rev pesquis cuid fundam [online]**, v. 6, n. 1, p. 118-131, jan/mar. 2014. Disponível em:
<<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750621010>>. Acesso em: 04 set. 2017.

SPEZIALE, H.J.S.; CARPENTER, D.R. **Qualitative Research in Nursing-Advancing the Humanistic Imperative**. 4.ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2007.

TORRES, J.A.; SANTOS, I.; VARGENS, O.M.C. Construindo uma concepção de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sociopoético. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 656-64, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/05.pdf>> Acesso em: 09 fev. 2019.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate aberto. **Temáticas**. Campinas, v.22, n.44, p. 203-220, ago/dez. 2014.

Disponível em:

<<https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144>>.

Acesso em: 04 set. 2017.

WORMAN-ROSS, K.; MIX, T.L. *"I wanted empowerment, healing, and respect": homebirth as challenge to medical hegemony.* ***Sociological Spectrum***, v.33,

n.5, p.453-481, 2013. DOI: 10.1080/02732173.2013.818509.

Disponível em: <[<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02732173.2013.818509?scroll=top&needAccess=true>>. Acesso em: 11 fev. 2019.](https://sci-</p></div><div data-bbox=)

APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ENFERMEIRA OBSTÉTRICA

1. Identificação e caracterização do participante:

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Tempo de formado na graduação: _____

Modalidade de formação em obstetrícia: _____

Tempo de especialista: _____

Tempo de atuação na obstetrícia: _____

Experiência profissional em obstetrícia

anterior: _____

Tempo de atuação no PDP: _____

Atua em grupo ou individualmente? _____

Telefone: _____ e-mail: _____

Endereço: _____

2. Pergunta norteadora:

- Conte-me sobre a sua experiência no atendimento ao parto domiciliar planejado.

2.1 Perguntas secundárias:

- Como é para você agir numa situação de intercorrência ou quando há necessidade de intervenção?

APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS MULHER

1. Identificação e caracterização do participante:

Nome: _____

Idade no momento do parto: _____

Escolaridade: _____

Estado civil: _____

Paridade: G(____)- P(____)-C(____)-A(____)

Local dos partos anteriores(quando houver): _____

Intercorrências no parto anterior? _____

Cidade onde ocorreu o parto: _____

Acompanhantes presentes no parto atual: _____

Telefone: _____ e-mail: _____

Endereço: _____

2. Pergunta norteadora:

- Conte-me como foi a sua experiência no parto domiciliar planejado.

APÊNDICE 3 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ACOMPANHANTE

1. Identificação e caracterização do participante:

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Relação com a mulher: _____

Escolaridade: _____

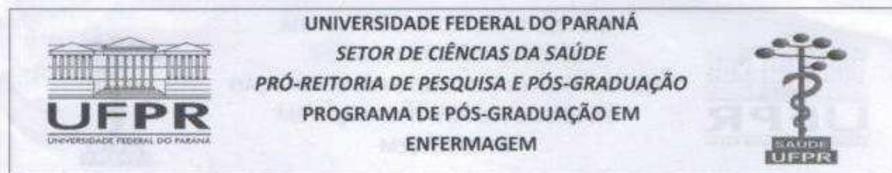
Telefone: _____ e-mail: _____

Endereço: _____

2. Pergunta norteadora:

- Conte-me como foi para você acompanhar o processo do parto domiciliar planejado.

APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ENFERMEIRA OBSTÉTRICA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Silvana Regina Rossi Kissula Souza e Larissa de Oliveira Peripolli – da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, profissional que prestou assistência ao processo do parto domiciliar a participar de um estudo intitulado PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: EXPERIÊNCIA DOS ENVOLVIDOS NO PROCESSO. Com o aumento da procura por esta modalidade de assistência, gostaríamos de entender qual é a experiência das pessoas que participam deste momento.

- O objetivo desta pesquisa é conhecer os atores do parto domiciliar planejado, sabendo que dele participam, além do profissional, os acompanhantes, e a mulher.
- Caso você participe da pesquisa, será necessário que você nos conte sobre a sua experiência durante uma entrevista que será gravada.
- Para tanto agendaremos horário e local de sua preferência, porém, disponibilizamos de antemão um espaço privativo no Bloco Didático II do Campus Botânico, que fica na Av. Lothario Meissner, 632, Jardim Botânico, CEP: 80210-170. A entrevista poderá durar o tempo necessário para que você possa relatar todos os detalhes que julgar importantes, sendo previsto aproximadamente 1 hora de entrevista.
- É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a constrangimento durante o relato, nesse caso, se for de sua vontade poderemos interromper a entrevista.
- Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser de exposição e constrangimento, como descrito no item anterior, portanto, a entrevista pode ser interrompida a qualquer momento se for desejo seu.
- O principal benefício esperado com essa pesquisa é a divulgação dos resultados da mesma para a sociedade, visto que não existem estudos relacionados ao tema em nossa região. É necessário esclarecer que você não será necessariamente beneficiado diretamente por sua participação neste estudo.
- Os pesquisadores Silvana Regina Rossi Kissula Souza e Larissa de Oliveira Peripolli, responsáveis por este estudo poderão ser localizados através dos e-mails skissula@ufpr.br ou lperipolli@gmail.com, telefone (41) 3361-3772 ou ainda no 3º andar Bloco Didático II do Campus Botânico, que fica na Av. Lothario Meissner, 632, Jardim Botânico, CEP: 80210-170, das 9h às 17h para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB nº 2412/154
na data de 01/12/2015

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal _____
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____
Orientador Silvana R. R. Kissula Souza

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo |

Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
 SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
 ENFERMAGEM



- h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas somente pelos pesquisadores que aqui vos falam. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.
- j) A entrevista obtida será utilizada unicamente para essa pesquisa e será descartada ao término do estudo, dentro de 1 ano e 4 meses.
- k) Você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
- l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).
- n) Autorizo (), não autorizo (), o uso de minha entrevista para fins da pesquisa, sendo seu uso restrito às responsáveis pelas pesquisa para este fim.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim e, portanto concordo voluntariamente em participar deste estudo.



_____ de _____ de 20____.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
 Parecer CEP/SD-PB nº 2412154
 na data de 04/12/2012

APÊNDICE 5 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO MULHER

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</p>	
---	---	---

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Silvana Regina Rossi Kissula Souza e Larissa de Oliveira Peripolli – da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, mulher que vivenciou o processo do parto domiciliar a participar de um estudo intitulado PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: EXPERIÊNCIA DOS ENVOLVIDOS NO PROCESSO. Com o aumento da procura por esta modalidade de assistência, gostaríamos de entender qual é a experiência das pessoas que participam deste momento.

- a) O objetivo desta pesquisa é conhecer os atores do parto domiciliar planejado, sabendo que dele participam, além da mulher, os acompanhantes e os profissionais contratados para este serviço.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário que você nos conte sobre a sua experiência durante uma entrevista que será gravada.
- c) Para tanto agendaremos horário e local de sua preferência, porém, disponibilizamos de antemão um espaço privativo no Bloco Didático II do Campus Botânico, que fica na Av. Lothario Meissner, 632, Jardim Botânico, CEP: 80210-170. A entrevista poderá durar o tempo necessário para que você possa relatar todos os detalhes que julgar importantes, sendo previsto aproximadamente 1 hora de entrevista.
- d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a constrangimento durante o relato, nesse caso, se for de sua vontade poderemos interromper a entrevista.
- e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser de exposição e constrangimento, como descrito no item anterior, portanto, a entrevista pode ser interrompida a qualquer momento se for desejo seu.
- f) O principal benefício esperado com essa pesquisa é a divulgação dos resultados da mesma para a sociedade, visto que não existem estudos relacionados ao tema em nossa região. É necessário esclarecer que você não será necessariamente beneficiado diretamente por sua participação neste estudo.
- g) Os pesquisadores Silvana Regina Rossi Kissula Souza e Larissa de Oliveira Peripolli, responsáveis por este estudo poderão ser localizados através dos e-mails skissula@ufpr.br ou lperipolli@gmail.com, telefone (41) 3361-3772 ou ainda no 3º andar Bloco Didático II do Campus Botânico, que fica na Av. Lothario Meissner, 632, Jardim Botânico, CEP: 80210-170, das 9h às 17h para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PG nº 2112/154
na data de 07/12/2013

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE Orientador <u>Silvana R. R. Kissula Souza</u>
--

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo |
Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
 SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
 ENFERMAGEM



- h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas somente pelos pesquisadores que aqui vos falam. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.
- j) A entrevista obtida será utilizada unicamente para essa pesquisa e será descartada ao término do estudo, dentro de 1 ano e 4 meses.
- k) Você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
- l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).
- n) Autorizo (), não autorizo (), o uso de minha entrevista para fins da pesquisa, sendo seu uso restrito às responsáveis pelas pesquisa para este fim.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim e, portanto concordo voluntariamente em participar deste estudo.

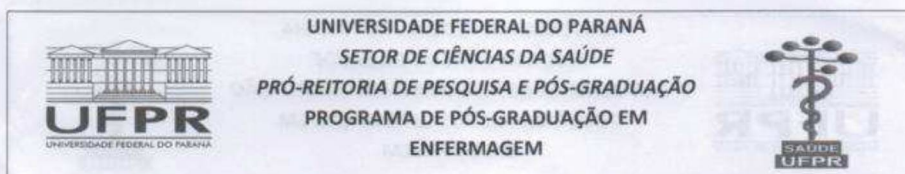
_____, _____ de _____ de 20____.

 Assinatura do participante

Silvana R. R. Kirumba Louza
 Assinatura do pesquisador

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa
 em Seres Humanos do Setor de Ciências da
 Saúde/UFPR.
 Parecer CEP/SD-PB.nº 2412154
 na data de 04/12/2012. *STJ*

APÊNDICE 6 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ACOMPANHANTE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Silvana Regina Rossi Kissula Souza e Larissa de Oliveira Peripolli – da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, acompanhante que vivenciou o processo do parto domiciliar a participar de um estudo intitulado PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: EXPERIÊNCIA DOS ENVOLVIDOS NO PROCESSO. Com o aumento da procura por esta modalidade de assistência, gostaríamos de entender qual é a experiência das pessoas que participam deste momento.

- a) O objetivo desta pesquisa é conhecer os atores do parto domiciliar planejado, sabendo que dele participam, além dos acompanhantes, a mulher e os profissionais contratados para este serviço.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário que você nos conte sobre a sua experiência durante uma entrevista que será gravada.
- c) Para tanto agendaremos horário e local de sua preferência, porém, disponibilizamos de antemão um espaço privativo no Bloco Didático II do Campus Botânico, que fica na Av. Lothario Meissner, 632, Jardim Botânico, CEP: 80210-170. A entrevista poderá durar o tempo necessário para que você possa relatar todos os detalhes que julgar importantes, sendo previsto aproximadamente 1 hora de entrevista.
- d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a constrangimento durante o relato, nesse caso, se for de sua vontade poderemos interromper a entrevista.
- e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser de exposição e constrangimento, como descrito no item anterior, portanto, a entrevista pode ser interrompida a qualquer momento se for desejo seu.
- f) O principal benefício esperado com essa pesquisa é a divulgação dos resultados da mesma para a sociedade, visto que não existem estudos relacionados ao tema em nossa região. É necessário esclarecer que você não será necessariamente beneficiado diretamente por sua participação neste estudo.
- g) Os pesquisadores Silvana Regina Rossi Kissula Souza e Larissa de Oliveira Peripolli, responsáveis por este estudo poderão ser localizados através dos e-mails skissula@ufpr.br ou lperipolli@gmail.com, telefone (41) 3361-3772 ou ainda no 3º andar Bloco Didático II do Campus Botânico, que fica na Av. Lothario Meissner, 632, Jardim Botânico, CEP: 80210-170, das 9h às 17h para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB nº 2412154
na data de 04/12/2017. GH

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal _____
 Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____
 Orientador Silvana R. R. Kissula Souza

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo |
 Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
 SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
 ENFERMAGEM



- h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas somente pelos pesquisadores que aqui vos falam. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.
- j) A entrevista obtida será utilizada unicamente para essa pesquisa e será descartada ao término do estudo, dentro de 1 ano e 4 meses.
- k) Você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
- l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).
- n) Autorizo (), não autorizo (), o uso de minha entrevista para fins da pesquisa, sendo seu uso restrito às responsáveis pelas pesquisa para este fim.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim e, portanto concordo voluntariamente em participar deste estudo.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
 Parecer CEP/SD-PB.nº 2412154
 na data de 04/12/2017

ANEXO - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: EXPERIÊNCIA DOS ENVOLVIDOS PROCESSO

Pesquisador: Silvana Regina Rossi Kissula Souza

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78569017.0.0000.0102

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.412.154

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta as pendências do projeto de pesquisa intitulado Parto domiciliar planejado: experiência dos envolvidos processo, encaminhado pelo Departamento de Enfermagem, tendo como pesquisador responsável a professora Silvana Regina Rossi Kissula Souza e como colaboradora Larissa de Oliveira Peripoli

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer os atores do parto domiciliar planejado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo as pesquisadoras :

Riscos:

As entrevistas podem oferecer risco de exposição e constrangimento dos participantes durante o relato e, portanto, os mesmos deverão solicitar a interrupção da mesma sempre que necessário. A garantia da confidencialidade será devidamente explanada através no TCLE.

Benefícios:

O principal benefício do estudo é divulgar à sociedade os dados que envolvem o POP na região, visto que até o momento não há estudos que o façam.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Tâncos

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefones: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.412.154

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

todas as pendências foram atendidas

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos os termos foram apresentados

Recomendações:

não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1009080.pdf	27/11/2017 13:14:02		Aceito

Endereço: Rua Pedro Camargo, 265 - Tâmbé

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-340

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.412.154

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_corrigido_08_11.docx	27/11/2017 13:13:31	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
Outros	Carta_em_resposta_ao_parecer_consultado.pdf	27/11/2017 13:12:42	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_05_10.docx	08/10/2017 14:44:43	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Profissional.docx	08/10/2017 14:41:39	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Mulher.docx	08/10/2017 14:41:20	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Acompanhante.docx	08/10/2017 14:41:05	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_responsabilidades_no_projeto.pdf	08/10/2017 14:38:47	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso.pdf	08/10/2017 14:38:07	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_uso_especifico_dos_dados.pdf	08/10/2017 14:37:39	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_tomar_publicos_os_resultados.pdf	08/10/2017 14:37:17	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_confidencialidade.pdf	08/10/2017 14:36:54	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Analise_do_merito_cientifico.pdf	08/10/2017 14:36:19	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Oficio_ao_CEP.pdf	08/10/2017 14:35:31	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
Outros	Extrato_de_ata.pdf	08/10/2017 14:34:43	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
Outros	Ata_de_aprovacao.pdf	08/10/2017 14:34:16	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
Outros	Checklist.pdf	08/10/2017 14:30:27	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	08/10/2017 14:29:44	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	08/10/2017 14:28:56	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Pedro Carnego, 265 - Tírens
Bairro: Alto da Glória
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3380-7250

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.412.154

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 04 de Dezembro de 2017

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Tâmbé
Bairro: Alto da Glória
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7250

CEP: 80.060-240

E-mail: comitocsaude@ufpr.br