



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

DIEGO VIEIRA DE MATTOS

**O ENFERMEIRO OBSTÉTRA NO PARTO DOMICILIAR
PLANEJADO.**

GOIÂNIA, SETEMBRO DE 2012



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

**O ENFERMEIRO OBSTÉTRA NO PARTO DOMICILIAR
PLANEJADO.**

DIEGO VIEIRA DE MATTOS

ORIENTADOR: Profº Drº Luc Vandenberghe

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - graduação Stricto-sensu, Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde pela PUC Goiás, como requisito para obtenção do título de Mestre.

GOIÂNIA, SETEMBRO DE 2012

Mattos, Diego Vieira de.
M444e O enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado
[manuscrito] / Diego Vieira de Mattos. – 2012.
92 f.: il. graf. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica
de Goiás, Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, 2012.
“Orientador: Prof. Dr. Luc Vandenberghe”.
Inclui lista de ilustrações e abreviações
Inclui Apêndice


1. Parto em casa. 2. Enfermagem obstétrica. I. Título.

CDU: 618.4(043.2)



DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE
DEFENDIDA EM 10 DE SETEMBRO DE 2012 E
CONSIDERADO aprovado PELA BANCA EXAMINADORA:

1) 
Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe / PUC Goiás (Presidente)

2) 
Profa. Dra. Renata Fabiana Pegoraro / PUC Goiás (Membro)

3) 
Profa. Dra. Cleusa Alves Martins / UFG (Membro Externo)

4) _____
Profa. Dra. Adriana Bernardes Pereira / PUC Goiás (Suplente)

DEDICATÓRIA

Ao Deus da minha vida, que em terra estranha me fez habitar em família.

Aos meus pais Jorge e Geusilane, pelo apoio persistente, mesmo que distante.

À Profª Dra Cleusa Alves Martins, pela sua trajetória de conquistas da Enfermagem Obstétrica no estado de Goiás.

Às Enfermeiras Obstétricas atuantes no parto domiciliar planejado, que permanecem desbravando e quebrando paradigmas no modelo assistencial.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus da minha vida, que permitiu a concretização de mais um sonho na minha vida. Que em tempos de aflição, nunca me abandonou!

Ao Prof^o Dr. Luc Vandenberghe, meu orientador, que só veio a somar conhecimentos para a construção desta dissertação, me permitindo um olhar diferenciado.

A Prof^a Dra. Cleusa Alves Martins, me faltam palavras para expressar o que a senhora representa na vida pessoal e profissional. Muito obrigado por todos os momentos de orientação e aconselhamento profissional e pessoal.

Aos meus pais Jorge e Geusilane, que mesmo distante foram suporte para conclusão deste Mestrado, sempre me incentivando a prosseguir.

Aos meus irmãos Galdina, Galdiane e o Juninho, pelo amor incondicional, mesmo sendo eu tão falho.

Aos meus sobrinhos Misael, Caio, Lislane e Davi, amo muito vocês.

Aos meus pastores Leonardo e Marta, como eu poderia agradecer vocês?! Pessoas que não fazem parte da minha família e acreditaram em mim, quando muitos não acreditavam mais.

Aos amigos mais chegados que irmãos, da Igreja Luz para os Povos por serem bênção em minha vida e compreenderem a minha ausência a diversas atividades.

Aos meus atuais discipuladores Israel e Raquel, minha célula e meus amigos para todos os momentos: Ismaile e Berenice.

Aos colegas da Presidência da Associação Brasileira de Obstetrix e Enfermeiros Obstétricas Nacional e seccional Goiás, por acreditarem no meu trabalho.

A Prof^a Dra. Nilza Alves Marques Almeida, por suas dicas sempre muito coerentes e palavras sábias de motivação.

Aos meus eternos professores da Faculdade Arthur Sá Earp, principalmente a atual Coordenadora de Curso, Profª Dra. Miriam Heidemann.

A minha grande amiga e parceira no Mestrado, Danielle Perdigão que nunca me deixou desistir. Amiga, você é muito especial!

A minha amiga Lilhian, pessoa muito especial que em alguns momentos me ajudou até a transcrever entrevistas.

A minha Coordenadora da Universidade Salgado de Oliveira, Profª Ângela Bueno que sempre flexibilizou meus horários, para que eu cumprisse as atividades do mestrado.

Aos meus colegas de trabalho da Universidade Salgado de Oliveira – Campus Goiânia, em especial a minha amiga, Ana Carolina Dias Vila.

Em especial, as Enfermeiras Obstétricas que atuam no Parto Domiciliar, pela disponibilidade e interesse em participar desta pesquisa, cada uma com contribuição sempre válida para a idealização da pesquisa. Parabéns pela perseverança!!!

EPÍGRAFE

Ainda que um exército me cercasse, o meu coração não temeria; ainda que a guerra se levantasse contra mim, nisto confiaria.

Uma coisa pedi ao SENHOR, e a buscarei: que possa morar na casa do SENHOR todos os dias da minha vida, para contemplar a formosura do SENHOR, e inquirir no seu templo.

Porque no dia da adversidade me esconderá no seu pavilhão; no oculto do seu tabernáculo me esconderá; por-me-ás sobre uma rocha. Também agora a minha cabeça será exaltada sobre os meus inimigos que estão em redor de mim; por isso oferecerei sacrifício de júbilo no seu tabernáculo; cantarei, sim, cantarei louvores ao SENHOR.

Bíblia Sagrada - Salmos 27:3-6

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	9
LISTA DE ABREVIACÕES.....	10
RESUMO.....	11
ABSTRACT.....	13
1 INTRODUÇÃO.....	16
1.2 Objetivos.....	23
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	24
2.1 História da Assistência ao Parto.....	24
2.2 Da Parteira Tradicional ao Enfermeiro Obstetra.....	30
2.3 Humanização do Parto e Nascimento.....	33
2.4 Parto Domiciliar Planejado.....	36
3 METODOLOGIA.....	39
3.1 Tipo de Estudo.....	39
3.2 Cenário do Estudo.....	40
3.3 Participantes do Estudo.....	42
3.4 Critérios para Seleção dos Sujeitos.....	44
3.5 Aspectos Éticos.....	44
3.6 Coleta de Dados.....	44
3.7 Análise dos Dados.....	45
4 RESULTADOS.....	47
4.1 Motivações e Valores Pessoais na Construção de Qualidade.....	48
4.2 Desafios e Obstáculos à Prática.....	53
4.2.1 Preconceito Cultural.....	53
4.2.2 Atitudes Profissionais Estigmatizantes.....	56
4.2.3 Falta de Apoio Logístico.....	61

5 DISCUSSÃO.....	67
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS.....	79
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	87
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	88
ANEXO C – Roteiro de entrevistas.....	92

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Santa Casa de Misericórdia onde foi realizado o Curso de Parto.

Figura 2. Número de Participantes por Região.

Figura 3. Caracterização quanto a Unidade de Federação, tempo de formação, qualificação e tempo de atuação no parto domiciliar planejado.

Figura 4. Representação do modelo dos resultados encontrados.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENFO – Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstétricas Nacionais

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COREN-RJ – Conselho Regional de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro

CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do estado do Rio de Janeiro

DNV – Declaração de Nascido Vivo

FEBRASGO – Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

FNUAP – Fundo das Nações Unidas para a População

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

RN – Recém-nascido

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TFD – Teoria Fundamentada em Dados

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UF – Unidade Federativa

RESUMO

MATTOS, D.V. O enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado. 2012. 92 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2012.

O Brasil, nos últimos anos, apresenta mudanças no cenário da assistência ao parto e nascimento, o parto domiciliar planejado é o resgate ao modelo histórico de parturição, compatível com a evolução social e exigências da mulher moderna. Hoje, a atenção da assistência obstétrica considera valores que vão além dos aspectos científicos e tecnológicos, e, sustenta como qualidade as práticas menos intervencionistas e invasivas e, o ambiente domiciliar como local propício, seguro e viável para o parto. O parto domiciliar planejado ocorre de forma intencional e programada pela mãe, juntamente com os profissionais responsáveis pela assistência desde pré-natal, prevenindo, assim, os fatores de risco. Permite, ainda, maior controle do ambiente, por parte da parturiente, familiares e demais profissionais envolvidos no evento do parto. Desde 1998, o Ministério da Saúde estabeleceu políticas e estratégias com enfoque na qualificação de enfermeiros para atuarem na assistência ao parto vaginal. Entretanto, o avanço desse movimento por enfermeiros depara com questões políticas que tornam um desafio a atuação dessa prática. **Objetivo Geral:** Analisar a vivência do enfermeiro obstetra na assistência ao parto domiciliar planejado no contexto social e profissional. **Objetivos Específicos:** Descrever os desafios e obstáculos na atuação do enfermeiro no parto domiciliar planejado. Refletir sobre o contexto social e profissional vivenciado pelo enfermeiro obstetra na assistência ao parto

domiciliar planejado. **Metodologia:** Este é um estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, tendo como abordagem metodológica a Teoria Fundamentada em Dados. A coleta de dados se deu por entrevistas semi-estruturada com 22 Enfermeiros Obstétricas, nas cinco regiões do Brasil. **Resultados:** Na análise dos resultados emergiram duas categorias temáticas: motivações e valores pessoais na construção da qualidade; desafios e obstáculos à prática (Preconceito Cultural, Atitude Profissional e Falta de Apoio Logístico). **Considerações Finais:** O parto domiciliar urbano está ampliando o seu território de atuação no Brasil. Pode ser percebido que mesmo com políticas de saúde que dão respaldo para este procedimento, o parto domiciliar planejado carece de resoluções específicas, de forma que possa ser incluído no sistema público de saúde e possuir aceitação por parte dos convênios, além de mudanças nas atitudes profissionais da categoria mais ampla e nos estereótipos culturais veiculados nas mídias de massa. Do outro lado, são os valores e a convicção do profissional que sustentam a construção da qualidade do seu trabalho e subsidiam as ferramentas para enfrentar e superar os obstáculos e desafios.

Palavras-chave: Parto domiciliar; Humanização do parto e nascimento; Enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

MATTOS, D.V. The obstetric nurse in planned home delivery. 2012. 92 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2012.

The picture of childbirth assistance in Brazil has been changing in recent years. Planned home delivery represents the recovery of a historical model of giving birth that is compatible with social evolutions and the needs of modern women. Today, obstetric care takes values into account that go beyond scientific and technical considerations. Less invasive and interventionist, practices are sustained. The home environment is recognized as an adequate place for giving birth. Planned home delivery occurs as intentionally programmed by the mother, together with the health care professionals who are responsible for from prenatal care onward, avoiding risk-factors. This arrangement allows better control of the environment by mother, family and professionals. Since 1998, the Health Ministry established politics and strategies aiming to train nurses to provide care for vaginal delivery. Since then, the progress of this movement among nurses meets with political issues that challenge this practice. **General Objective:** To understand the experience of the obstetric nurse in the care for planned home delivery in its social and professional context. **Specific Objectives:** To describe the challenges and obstacles in nursing assistance to planned home delivery. To reflect over the social and professional context experienced by the obstetric nurse in assistance to planned home delivery. **Method:** This is a qualitative, explorative, descriptive

study using a Grounded Theory analysis. Data were collected through semi-structured interviews with 22 obstetric nurses in the five geographic regions of Brazil. **Results:** Two thematic categories emerged: Personal motivations and values in the construction of the quality of delivered care; Challenges and obstacles to practice (Cultural prejudice; Attitudes in the health professions; and Lack of Logistical Support). **Final Considerations:** In Brazil, urban home delivery is gaining space. But even with health politics that support this procedure, planned home delivery needs specific resolutions that can give it its place in the public health system and be accepted by health insurance companies, but also changes in attitudes in the profession at large and in the cultural stereotypes carried by mass-media. On the other hand it are the personal values and experiences of the professional that sustain the construction of the quality of care and subsidize the strategies to cope with and overcome the challenges and obstacles.

Key Words: Home delivery; Humanization of delivery; Obstetric nursing.

1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema surgiu durante o curso de Graduação em Enfermagem desenvolvendo atividades como discente na unidade obstétrica do Hospital de Ensino, onde os partos eram assistidos por profissionais enfermeiros e na instituição eram implementadas estratégias de Humanização do Parto e Nascimento, preconizado pelo Ministério da Saúde - MS.

Como enfermeiro, comecei a atuar em um Hospital Maternidade no interior do estado do Rio de Janeiro. Nessa unidade o quantitativo de profissionais médicos era insuficiente para atender a demanda das gestantes e a inclusão do enfermeiro na equipe fortalecia a assistência ao parto e nascimento. Nesta ocasião tive a oportunidade de assistir ao parto, o que certamente contribuiu para determinar minha trajetória como enfermeiro obstetra.

Em 2007, em Goiânia, comecei a atuar na supervisão de alunos do curso de Graduação em Enfermagem na disciplina Saúde da Mulher em hospital privado conveniado ao Sistema Único de Saúde, o que favorece grande demanda de partos normais. Na assistência à parturiente temos oportunidade de assistir partos normais eutócicos e as puérperas e recém-nascidos.

Na atenção ao parto normal identifica-se enfermeiros obstétricas que atuam no parto domiciliar planejado, uma abordagem em grande ascensão no Brasil, que me motivou a busca do conhecimento nesta área de saúde da mulher.

De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 223/1999, Art. 1º - A realização do Parto Normal sem distócia é da competência de Enfermeiros, e dos portadores de Diploma, Certificado de

Obstetrix ou Enfermeiro Obstetra, bem como Especialistas em Enfermagem Obstétrica e na Saúde da Mulher.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 163, de 22 de setembro de 1998, regulamentou a realização do parto eutócico pelo Enfermeiro, identificação das distócias e ainda o Laudo de Enfermagem para Emissão de Autorização de Internação Hospitalar para o parto vaginal (MS, 1998).

No ano de 1998, o Ministério da Saúde por meio da Portaria 2815/98, considerando a importância do acompanhamento do trabalho de parto, visando a redução do índice de morbimortalidade materna e perinatal, considerando a necessidade de aprimoramento da assistência ao parto normal, incluiu na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) o Parto Normal Sem Distocia Realizado Por Enfermeiro Obstetra (MS, 1998).

O parto é uma função da mulher, um processo natural na história da população humana. A gestação e o parto constituem uma das experiências humanas mais significativas e impactantes para o corpo feminino, que podem ter resultados positivos ou negativos, influenciando em experiências futuras (REZENDE; MONTENEGRO, 2008; CAVALCANTE *et al.*, 2007; PRUDENTE, 2008).

Durante a trajetória de vida, a mulher passa por diversos processos que favorecem mudanças em seu comportamento, e, nesse sentido, o parto constitui um evento de grandes transformações para a parturiente, no entanto a autonomia e a sua decisão sobre o seu corpo deve prevalecer no momento de parir seu filho (BARROS *et al.*, 2011).

Alguns estudiosos Souza e Dias (2010) relatam que, para muitas mulheres os acontecimentos que envolvem o processo de parto e nascimento no

contexto hospitalar marcam uma atmosfera de risco, sofrimento, frustração de expectativas, violência física ou simbólica e dolorosa tornando para a mulher e sua família uma situação desgastante, dificultando transformar essa experiência em algo positivo, gratificante e saudável.

Durante as décadas de 60 a 90, no processo de parto e nascimento prevaleceu o modelo tecnocrático trazendo consigo a institucionalização do parto, utilização abusiva de tecnologias invasivas, incorporação de grande número de intervenções, muitas vezes desnecessárias, tendo como consequência, altas taxas de cesarianas, monitoramento fetal, episiotomias, indução com ocitócico, dentre outras condutas.

Segundo Rattner (2009), o modelo humanista privilegia o bem-estar da parturiente e de seu bebê, buscando ser o menos invasivo possível. Faz uso da tecnologia de forma apropriada, sendo que a assistência se caracteriza pelo acompanhamento contínuo do processo de parturição

O ato de humanizar a assistência à mulher no processo de parturição aponta para atenção voltada à mulher e família em sua singularidade, com necessidades específicas, que vão além de questões biológicas e abrangem as condições sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes nos relacionamentos humanos (MILBRATH *et al.*, 2010).

A humanização e a qualidade na assistência prestada são condições essenciais para que ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado, visando à melhoria da qualidade de vida da mãe e recém-nascido (MS, 2004).

Segundo normas preconizadas pelo MS (2005) assegura-se à parturiente o direito de um acompanhante durante o trabalho de parto, escolher a posição para parir, dispor de medidas de controle da dor no período expulsivo, ao aleitamento materno na sala de parto, o que contribui para a dequitação e interação mãe-filho.

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o Guia Prático para a Assistência ao Parto Normal que foi traduzido em língua portuguesa e distribuído pelo Ministério da Saúde às unidades de saúde e profissionais da assistência obstétrica, em 2000. Este documento classifica a assistência obstétrica em quatro categorias: a) práticas claramente úteis e que deveriam ser encorajadas; b) práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; c) práticas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que, deveriam ser usadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais comprovem o assunto e, d) práticas freqüentemente utilizadas de forma inapropriadas, provocando mais dano que benefício.

Esse documento faz, também, referência ao modelo assistencial como:

"um conjunto de práticas que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis e à prevenção da mortalidade materna e perinatal. Estas práticas incluem o respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis" (OSAWA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006, p. 701).

A enfermagem obstétrica ao implantar suas práticas nos serviços de saúde, em busca da humanização recomendada pela Organização Mundial de Saúde, coloca ao dispor das parturientes, uma atenção profissional específica e qualificada, por ser essencialmente relacional e derivado de um saber

estruturado no serviço de enfermagem. Este saber é aplicado de maneira transversal, integrando saberes popular e de diversas disciplinas na construção do cuidado. Por ter como instrumentos básicos os corpos, proporciona conforto e autonomia ao incentivar as mulheres a reconhecerem e desenvolverem suas próprias habilidades. Com respaldo e base em evidências científicas, enfermeiros obstétricas passaram a utilizar técnicas que consideram favoráveis à evolução fisiológica do trabalho de parto e práticas não farmacológicas para o alívio da dor (TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008).

O Relatório da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher relata que 44% dos partos realizados no país, são cesáreas e, 97,07% dos partos fisiológicos são realizados no ambiente hospitalar. No Estado de Goiás 99,65% recebem atendimento ao parto institucionalmente (DATASUS, 2005).

A assistência ao parto pelo profissional Enfermeiro no Brasil totaliza 8,3% dos procedimentos realizados no território nacional. Na região centro-oeste do Brasil, somente 3,3% dos partos é realizado pelo profissional Enfermeiro (PNDS, 2008). Entre os anos 2001 a 2007, as parteiras tradicionais foram responsáveis pelo nascimento de 206.918 mil crianças no Brasil, sendo 81% dos nascimentos na região nordeste (MS, 2010).

Na década de 60, no Brasil, a institucionalização do parto apresentou mudança considerável neste cenário parturitivo, promovendo qualidade na assistência ao nascimento com a introdução da equipe multiprofissional nas práticas de atenção ao parto, trouxe consigo uma gama de avanços tecnológicos que passaram a contribuir para a diminuição das taxas de mortalidade materna e neonatal. Contudo, essa mudança no ambiente trouxe também aumento considerável no número de intervenções no nascimento, assim como o parto

cesáreo. Este tipo de parto passou a ser tratado de maneira eletiva dificultando o processo de humanização no nascimento (VARGENS *et. al.*, 2008; MS, 2003).

O caráter não invasivo das tecnologias de cuidado da enfermagem obstétrica reside em acreditarmos que, quando o sujeito estabelece um vínculo de confiança com o profissional, ambos compartilham as decisões no planejamento dos seus cuidados (NASCIMENTO *et al.*, 2010, p. 457).

O Enfermeiro é um profissional habilitado de forma técnica e científica para a assistência a parturição. Desde 1998, o Ministério da Saúde e suas Secretárias iniciaram estratégias, estabelecendo políticas com enfoque na qualificação de profissionais de Enfermagem e Obstetrícia para atuarem na assistência ao parto vaginal. Financiamento do curso de Especialização em Obstetrícia e portarias para a inclusão do parto realizado pelo Enfermeiro na tabela de pagamento do Sistema Único de Saúde (SUS) foram algumas medidas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (CAMPOS; LANA, 2007).

Nos últimos anos temos vivido grandes mudanças no cenário da assistência obstétrica, no qual são retomados valores que vão além dos aspectos científicos e tecnológicos, apontando para o resgate do modelo histórico do nascimento, trazendo novamente o ambiente domiciliar como local propício para o parto. Neste contexto, enfermeiros obstétricas despontam na ascensão ao parto domiciliar planejado, visando retomar a qualidade da assistência à parturição para a parturiente e ao recém-nascido (NASCIMENTO *et. al.*, 2009).

Atualmente, a assistência ao parto apresenta o movimento de mudança para as práticas culturais menos intervencionistas, observar-se a busca por parte da gestante pelo parto em casa, ou seja, conhecido por parto domiciliar planejado, em grandes capitais do Brasil. A residência apresenta-se para estas parturientes,

como um ambiente seguro e viável para darem a luz (MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008).

O termo Parto Domiciliar Planejado é usado para conceituar aqueles nascimentos que acontecem em domicílio, de forma intencional e programada pela mãe, juntamente com o profissional responsável pela assistência a ser prestada, e acompanhou previamente o pré-natal, prevenindo, assim, os fatores de risco. Esta modalidade de nascimento permite maior controle do ambiente, por parte da parturiente e familiares, envolvidos no evento do parto. Em países desenvolvidos, o parto intra-hospitalar está associado a processos intervencionista e tecnocrático, afastando as possibilidades de empoderamento e protagonismo da mulher, atuando ela de forma passiva, onde a assistência é permeada por procedimentos articulados por profissionais obstétricos (VEDAM; GOFF; NOLAN-MARNIN, 2007).

Nesta linha de pensamento, entendemos que o parto domiciliar tem avançado no Brasil, resgatando um modelo de parto fisiológico historicamente compatível com o processo parturitivo. Contudo, essa tendência revela uma realidade de atuação com desafios, exigências e competência profissional - direcionadas aos fatores familiares, sociais, emocionais, entre outros procedimentos, diferentes do parto tradicional. Nesta perspectiva, o conhecimento de práticas adotadas nessa forma assistencial prestada pelo enfermeiro, certamente, poderia oferecer subsídios teóricos na promoção ao parto e nascimento normal.

1.2 Objetivos

Geral

- Analisar a vivência do enfermeiro obstetra na assistência ao Parto Domiciliar Planejado no contexto social e profissional.

Específicos

- Descrever os desafios e obstáculos na atuação do enfermeiro no Parto Domiciliar Planejado;
- Refletir sobre o contexto social e profissional vivenciado pelo enfermeiro obstetra na assistência ao Parto Domiciliar Planejado.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo apresenta um relato histórico do parto normal, bem como aspectos conceituais da humanização do parto e nascimento e o parto ecológico. Neste sentido, destacamos três períodos: História da assistência ao parto, Humanização do parto e nascimento e Parto domiciliar planejado.

2.1 História da Assistência ao Parto

O parto é um evento cultural que teve início com a existência da mulher na humanidade, embora o corpo materno seja preparado fisiologicamente durante a gestação, para a expulsão do fruto da concepção, desde os primórdios o parto embora seja um processo fisiológico sofre implicações sociais e culturais conforme se verifica nos primeiros descritos do Antigo Testamento das sagradas escrituras relata o parto como uma purgação feminina, quando Eva, a primeira mulher, conheceu o pecado e ouviu da parte de Deus que teria filhos por meio de dores parirás (REZENDE; MONTENEGRO, 2008; CAVALCANTE *et al.*, 2007; BÍBLIA SAGRADA, GÊNESIS 3:16).

Também, no que diz respeito a assistência ao parto, as mulheres hebreias eram respeitadas por parte do rei Faraó e durante o êxodo dos hebreus do Egito chamou estas mulheres e determinou: *“Quando ajudardes às mulheres hebreias a dar à luz e as virdes no assento do parto se for filho, então o tereis de entregar à morte; mas, se for filha, então terá de viver.”* Estas mulheres eram muito tementes a Deus e preservavam vivos os meninos, não transgredindo regras para manutenção da vida (BATISTA, 2009).

Na Idade Média, as parteiras continuaram atuando sob pressão do cristianismo e a “caça as bruxas”, aquelas curandeiras foram submetidas às leis da igreja católica, sendo muitas parteiras queimadas em praça pública. Neste período foi determinado por lei, que estas mulheres só poderiam atuar mediante autorização episcopal. No final da Idade Média, as parteiras européias viajaram até a Holanda, para buscar certificação de Obstetrix. Autorizadas a partejarem, elas permaneciam trabalhando, obedecendo às limitações de intervenções e regras por parte do Estado e da Igreja (KITZINGER, 1988).

No Brasil, durante o período colonial, o exercício do parto era realizado pelas caboclas, portuguesas e negras velhas. Eram acessíveis à classe popular, envolviam-se com as tarefas domésticas enquanto a mulher restabelecia por um mês ou mais, após o parto. Jorge (1972) relata que as parteiras eram acusadas de feitiçaria, provocar abortos e infanticídio, acusações sustentadas até mesmos por crenças populares. Essas mulheres conciliavam os trabalhos domésticos do seu lar e fora dele, vivendo uma vida financeira difícil e baixa remuneração pelos serviços prestados.

A incorporação do profissional médico a prática obstétrica teve início na Europa, nos séculos XVII e XVIII. Estendeu-se ao Brasil em 1808, com a inauguração da Escola de Medicina e Cirurgia, no Rio de Janeiro e Bahia. A entrada da medicina no campo da atenção ao parto acontece de forma intervencionista, abrindo espaço para a figura masculina, em uma área de predominância feminina até então (BRENES, 1991).

A inserção da enfermagem profissional no contexto social está vinculada à divulgação dos trabalhos realizados por Florence Nightingale na Guerra Criméia (1854-1856), trazendo grande credibilidade a profissão de Enfermeira,

conquistando respeito e admiração pela classe média inglesa. Neste período, a profissão de parteira entra em considerável declínio, tendo início uma forte campanha médica nos Estados Unidos contra as mulheres sem formação profissional, que prestavam assistência aos nascimentos nos domicílios (OSAWA; RIESCO; TSUNECHITO, 2006).

No século XIX, as escolas médicas brasileiras, localizadas nas cidades do Rio de Janeiro e Salvador, iniciaram o processo de educação formal das parteiras. Em 1832, estas escolas passam a oferecer o Curso de Partos. Não haviam parteiras diplomada e as que se dedicavam a assistência ao parto deveriam possuir uma autorização legal para exercer a obstetrícia. A formação desta profissional era de domínio médico e a legislação de ensino estava ligada a legislação de ensino da medicina (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).



Figura 1. Santa Casa de Misericórdia onde foi realizado o primeiro Curso de Parto¹.

¹ Figura extraída do site: <http://www.amriqs.org.br/centromemoria/associativismo.htm> em 10/04/2012.

Com a criação das maternidades, as Parteiras diplomadas ou Obstetriz, foram encaminhadas para atuarem nas maternidades, começando a atuar de forma limitada e subordinada a prática médica, seguindo o proposto pelo curso de partos, impondo limites, ministrando uma formação essencialmente prática. Em 1890, foi criada no Brasil a primeira Escola Profissional de Enfermeiras na cidade do Rio de Janeiro. A partir deste momento foi cogitado que o trabalho da Parteira deveria estar associado ao trabalho da Enfermagem, passaram então a propor que as Parteiras fossem Enfermeiras. A proposta visava limitar o trabalho destas mulheres, subordinando hierarquicamente ao serviço de Enfermagem (OSAWA; RIESCO; TSUNECHITO, 2006).

Em 1925, o Curso de Parto, coordenado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro foi encerrado e dois anos após, o currículo da Escola de Parteiras de São Paulo sofreu modificações e a disciplina de Enfermagem passou a compor a nova grade curricular. A escola passou a se chamar Escola de Obstetrícia e Enfermagem Especializada (1931). O currículo possuía características de Enfermagem e foi estendido para três anos de duração. Ao final deste curso, recebiam o título de Parteira e Enfermeira Especializada, considerada Enfermeira Obstétrica, passando a gerar muitas discussões por parte das Escolas de Enfermagem já implantadas, que questionavam o fato do título de Enfermeira ser expedido por escola médica e não de Enfermagem. Elas defendiam que o curso de Enfermagem deveria ser pré-requisito para ingresso no curso de partos, a fim de fazer jus à formação. O curso começa a exigir o diploma de Enfermeira, em 1949, transforma-se em Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, totalmente sustentado dentro das legislações da profissão (OSAVA, 1997).

As Parteiras profissionais, já formadas no modelo médico, não se conformavam com o fato de sua formação profissional estar ligada a formação de Enfermagem, e consideravam serem áreas afins, porém distintas. Em 1952, por meio do Projeto de Lei 2640/52, o curso de Enfermagem Obstétrica foi mantido, porém, em modalidade de especialização e criou-se o curso de Obstetrix anexo a Faculdade de Medicina.

A Obstetrix representava um modelo de formação europeu, em nível de graduação, ligada a escolas médicas, desvinculada da Enfermagem, licenciada para exercer a obstetrícia, tendo amplo reconhecimento e aceitação a nível internacional. A indignação permaneceu, agora por parte das Obstetrixes, que questionavam o fato das Enfermeiras receberem o título de Enfermeira Obstétrica, por um curso de apenas oito meses, enquanto as Parteiras cursavam três anos para obterem formação obstétrica (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Na tentativa de conciliar este conflito, o Conselho Federal de Educação propôs um novo currículo e duração de três anos para o curso de Obstetrícia, estabelecendo uma articulação com o curso de Enfermagem por meio de um tronco profissional comum de dois anos e o terceiro que apontava para uma possibilidade de complementação em Enfermagem e Obstetrícia para as Obstetrixes e Enfermeiras. Este modelo não permaneceu por muito tempo, pois em 1970, a reformulação das universidades brasileiras vedou a duplicação dos cursos. Desta forma, a formação de Enfermagem Obstétrica passou a ser uma habilitação, compondo o terceiro ciclo da Graduação em Enfermagem. Em 1971, o curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo foi integrado a Escola de Enfermagem, sendo a Obstetrix, única profissão não médica na assistência ao parto e nascimento (RIESCO; TSUNECHIRO; BONADIO, 2000).

A partir da década de 80, muitas escolas passaram a adotar a modalidade de especialização lato sensu, deixando de lado as habilitações, na busca por maior qualificação profissional. Em 1994, o Ministério da Educação preconizou novas diretrizes no currículo de mínimo de Enfermagem e as habilitações foram extintas, sendo a pós-graduação responsável pela formação do especialista em Enfermagem Obstétrica (RIESCO; TSUNECHIRO; BONADIO, 2000).

O parto durante milênios foi assunto exclusivamente feminino. As mulheres mais experientes, num ato de solidariedade ajudavam outras a parirem. Com o passar dos anos, estas mulheres foram conquistando a aprovação social, sendo reconhecidas em algumas comunidades como Parteiras. O serviço de apoio a mulheres em situação de parto passou a ser encarado como uma ocupação no sentido de “arte” ou “ofício”, ultrapassando a dimensão familiar e local para conquistar o interesse coletivo. Era personagem central da sua comunidade, com um componente sagrado e autoridade moral (CARNEIRO, 2008).

O modelo de assistência ao nascimento, culturalmente teve início com a presença da Parteira, cujo conhecimento era exclusivamente prático, adquirido através de experiências dos seus próprios partos, por acompanharem as parteiras ou por acompanharem suas próprias mães, passando a arte de partejar por diversas gerações. Os partos eram sempre realizados em domicílio, permitindo a presença e participação da família durante todo processo, mas, ao longo dos anos, a prática obstétrica tem passado por grandes mudanças no processo de assistir ao parto (COURTER, 2003).

2.2 Da parteira tradicional ao enfermeiro obstetra

No Brasil as parteiras possuem um importante papel na cultura popular. Possuem um função essencial em muitas comunidades, principalmente naquelas de difícil acesso a serviços de saúde e carência de profissionais. Nas regiões ribeirinhas, áreas rurais, indígenas e quilombolas, o trabalho das parteiras muitas vezes é a única alternativa para as mulheres e os seus bebês².

Tradicionalmente, as parteiras deveriam ser mulheres asseadas, sem vícios, idôneas, honestas, preferencialmente viúvas, possuir destreza manual, conhecimentos fisiológicos, bem como conhecer os rituais ligados ao nascimento. Geralmente são mulheres adultas que já tiveram filhos ou mais idosas, que possuem um perfil de liderança nas comunidade onde moram, sendo referência na saúde as mulher e da criança. São figuras presentes nos momentos de nascimento e morte (ACKER *et. al.*, 2006).

As parteiras possuem uma forma particular de saber e saber-fazer. Na sua atuação fazem uso de conhecimentos tradicionais, baseados em experiências repassadas oralmente de mãe para filha. Os conhecimentos são advindos de crenças, tradição, misticismo, fruto de uma prática empírica e repetida. O saber da parteira não esta relacionado a educação formal, mas experiência acumuladas ao longo dos anos (BATISTA, 2009; CARNEIRO, 2008).

O Ministério da Saúde (2010, p.11) define como parteira tradicional:

[...]aquela que presta assistência ao parto domiciliar baseada em saberes e práticas tradicionais e é reconhecida pela comunidade como parteira. adota a denominação de parteira tradicional por considerar que este termo valoriza os saberes e práticas tradicionais e caracteriza a sua formação e o conhecimento que

² Extraído do site: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24130, 05/07/2012.

ela detém. As parteiras indígenas e quilombolas estão incluídas entre as parteiras tradicionais, respeitando-se as suas especificidades étnicas e culturais.

Em algumas regiões do Brasil, incluindo o Norte, Nordeste e Centro Oeste, existe uma subnotificação do quantitativo de parteiras tradicionais. Pelo preconceito e repressão por parte de profissionais e serviços de saúde, parteiras atuam de forma encoberta e vários municípios omitem a existência de parteiras atuantes. Esta problemática dificulta o levantamento do número oficial de parteiras tradicionais no Brasil.

O Ministério da Saúde reconhece o trabalho das parteiras, porém é desconhecido o quantitativo destas profissionais no território nacional. Visando sensibilizar as secretarias estaduais e municipais de saúde e profissionais da área a desenvolverem ações de resgate, apoio e qualificação destas mulheres, o MS criou em março de 2000 o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais².

O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais estimula a troca de saberes tradicionais e o técnico-científico. Também contribui para a produção de novos conhecimentos e tecnologias no setor da saúde. Desde o início do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, em 2000, até 2005, já foram alcançados resultados como a capacitação de aproximadamente 1.170 mulheres e 570 profissionais de saúde. Também houve aumento no reconhecimento de situações de risco pelas parteiras, com encaminhamentos oportunos para os serviços do SUS. Treze estados participam do programa: Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Roraima, Alagoas, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Bahia, Goiás, Mato Grosso e Minas Gerais².

² Extraído do site: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24130, 05/07/2012.

Diferentemente das parteiras tradicionais, a atuação do enfermeiro obstetra teve seu início voltado para a atenção ao parto hospitalar, visando cumprir os propósitos do Ministério da Saúde no que diz respeito a atenção a mulher e a criança. Neste sentido, o enfermeiro obstetra apresentou-se como um profissional relevante na redução da mortalidade materno-infantil, bem como a qualificação da assistência prestada (DAVIM; MENEZES, 2001; KRUNO; BONILHA, 2004).

O enfermeiro obstetra domiciliar adota um modelo de atuação que o caracteriza como um parteiro urbano. O parteiro urbano visa resgatar o conhecimento trazido ao longo dos anos pelas parteiras tradicionais, agredando-os ao conhecimento científico adquirido através da formação acadêmica. Estes profissionais possuem um raciocínio em relação ao parto que é o contrário ao pensamento medicalizado e mecanicista, elas priorizam o respeito à fisiologia, a não utilização de intervenções desnecessárias e o protagonismo da mulher.

Assim como a parteira tradicional em regiões rurais, o enfermeiro obstetra vem crescendo como profissional autônomo no atendimento a partos domiciliares em regiões urbanas. Estes profissionais tem associado o seu trabalho ao modelo das parteiras tradicionais. A assistência mais efetiva seria, portanto, centrada nas necessidades das parturientes, em vez de organizada segundo as necessidades de instituições e de profissionais (BATISTA, 2009; CARNEIRO, 2008; MARTINS *et. al.*,2012).

2.3 Humanização do Parto e Nascimento

A gravidez e o parto são eventos que integram a vida reprodutiva de homens e mulheres. É um momento singular, uma experiência especial na vida da mulher e parceiro, envolvendo a família e comunidade. A gestação, parto e puerpério, representam uma das experiências mais significativas na vida do ser humano. O parto e o nascimento constituem-se unicamente um evento biológico, acompanhado por outros fatores relacionados ao ser humano, gerando implicações psicoemocionais, culturais, sociais e econômicas (MS, 2001; ALMEIDA *et. al.*, 2005).

Segundo Diniz (2005, p. 631):

No Brasil, o movimento pela humanização do parto é impulsionado por experiências em vários Estados. Na década de 1970, surgem profissionais dissidentes, inspirados por práticas tradicionais de parteiras e índios, como Galba de Araújo no Ceará e Moisés Paciornick (1979) no Paraná, além do Hospital Pio X em Goiás, e de grupos de terapias alternativas como a Yoga, com o Instituto Aurora no Rio. Na década de 1980, vários grupos oferecem assistência humanizada à gravidez e parto e propõem mudanças nas práticas, como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação.

Na década de 90, a humanização foi imposta como política pública de saúde, iniciando pelo ambiente hospitalar, e, posteriormente, dirigida a todos os níveis de atenção a saúde. A política ganhou força social pela humanização do parto e nascimento, que influenciou a transformação da prática de muitas enfermeiras na assistência ao parto (SANTOS, 2011).

No ano 2000, no contexto das mudanças relacionadas ao atendimento a mulher no ciclo gravídico-puerperal, foi criado o Projeto Maternidade Segura, com o objetivo de elevar a qualidade do atendimento a saúde materno-infantil e reduzir a mortalidade. O presente projeto reuniu forças de diversas instituições como:

Ministério da Saúde-MS, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia-FEBRASGO, Fundo das Nações Unidas para a Infância-UNICEF, Organização Panamericana de Saúde-OPAS e o Fundo das Nações Unidas para a População-FNUAP (TYRRELL; SANTOS, 2005).

A inserção do modelo Maternidade Segura propõe oito passos, entre eles: a garantia à assistência durante a gravidez, parto, puerpério e planejamento familiar; incentivar o parto normal e humanizado; ter rotinas escritas para normatizar a assistência; treinar toda a equipe de saúde para implantar as rotinas; ter estrutura adequada ao atendimento materno e perinatal; possuir arquivos de sistema de informação; avaliar periodicamente os indicadores de saúde materno-infantil (MS, 1995).

O termo humanizar aponta para oferta de atendimento de qualidade, associado ao avanço tecnológico, valorizando a troca de saberes, inclusive entre pacientes e familiares, está ligado ao fato de que os seres humanos têm necessidades biológicas e fisiológicas, e as atitudes voltadas ao atendimento destas necessidades seriam consideradas humanizadas. Para atingir a amplitude do ser humano, não poderiam ser reconhecidas somente as necessidades biológicas e fisiológicas, trazendo também o enfoque às necessidades psicológicas, sendo ainda relevante considerar um ser humano universal, pois os valores são individuais e culturais (ALMEIDA, 2007).

A qualificação da atenção é o principal foco da humanização, envolvendo duas vertentes: respeito e promoção de direitos humanos da mulher que recebe a assistência, e, por outro lado, qualificação dos profissionais, ampliando o domínio científico em prol de qualidade assistencial. A atenção humanizada ao parto e nascimento, envolve uma gama de conhecimentos, prática e atitudes que visem à

promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (HOTIMSKY; SCHRAIBER, 2005; MS, 2001).

A humanização da assistência ao parto inclui vários aspectos, sendo eles de origem estrutural, profissional e familiar. Com a transferência do cenário de nascimento, da residência para o hospital e o início da medicalização, o parto passou por uma série de mudanças, perdendo a mulher a sua autonomia durante este processo. A mulher é abdicada do empoderamento sobre seu parto e este poder é conferido ao profissional, que intervém de contra a fisiologia feminina, introduzindo intervenções, muitas vezes desnecessárias, com a finalidade de acelerar o processo natural do parto. Os avanços tecnológicos da medicina a favor da vida passam a ter domínio total do ato de partear. Este que deveria ser fisiológico, tendo a mulher como protagonista deste momento, torna-se o evento intervencionista e medicalizado.

A assistência humanizada ao parto significa colocar a mulher no centro e no controle como sujeito de suas ações, proporcionando a ela um sentimento de segurança durante o parto e cuidados com seu filho. É dada a ela a autonomia para decidir ativamente sobre seu próprio cuidado. Nesta vivência a equipe profissional atua como facilitadora de um processo natural, no qual a mulher é preparada durante toda vida (SILVA; BARBIERI; FUSTINONI, 2011).

Acredita-se que o parto humanizado, seria aquele que respeita a fisiologia da mulher durante a gestação e parto. Vai além de uma área de conhecimento obstétrico, buscando direcionar toda atenção às necessidades da mulher e dar-lhe o controle da situação na hora do nascimento, mostrando as opções de escolha baseados na ciência e nos direitos que tem. A dor é entendida como uma

função fisiológica normal e pode-se aliviar com métodos não farmacológicos amplamente embasados, mas a mulher pode optar pelo uso de analgesia.

2.4 Parto Domiciliar Planejado

O parto domiciliar planejado implica em reaproximar ciência e tradição, habilidade e instinto, aponta para a aproximação do natural, deixar a natureza agir. Trata-se de reunir o trio filho, mãe e pai, separados anteriormente por um modelo tecnicista de assistência ao nascimento. Esta modalidade de assistência ao parto enfatiza que o local mais adequado para o parto, é aquele onde a cliente se sinta segura (ODENT, 1991; 2000).

Em alguns países, a escolha pelo parto domiciliar planejado está associado às razões econômicas, uma vez que o sistema de saúde destes países é de difícil acesso à população, sendo o domicílio escolhido por algumas famílias, devido ao baixo custo. A confiança junto ao profissional, a tradição do trabalho de algumas Enfermeiras e a preservação da cultural do parto domiciliar, acabam conquistando maior espaço, comparado ao parto institucional (TITALY *et. al.*, 2010).

No Brasil, o cenário da procura pelo parto em casa não tem sido diferente. As razões que levam à mulher a escolha por um parto domiciliar são diversas, sendo um marco a busca pela redução das intervenções obstétricas atuais, menor medicalização e mulheres que desejam ser protagonistas ativas do seu parto (DAVIM; MENEZES, 2001; LESSA, 2003; KOETTKER, 2010).

O ambiente domiciliar foi cenário da assistência ao parto por muitos anos e tem sido resgatado em grandes centros urbanos no Brasil, como cenário

relevante para o nascimento. Enfermeiros, especializados na Enfermagem Obstétrica, ampliam essa prática em diversas regiões do país. São profissionais autônomos que prestam assistência à mulher desde o pré-natal, detectando possíveis riscos que possam ocorrer na gestação e no parto, e, preparam a gestante para o processo parturitivo. Livre de riscos, o parto domiciliar vem sendo realizado por estes enfermeiros, que atendem a clientela de demanda espontânea, que possui interesse pessoal e familiar para que o parto aconteça no domicílio (KRUNO; BONILHA, 2004).

Mulheres submetidas ao parto domiciliar planejado de baixo risco, estão menos expostas a situações de morbimortalidade materna e fetal, uma vez que o parto institucional trás uma tendência intervencionista, muitas vezes usada desnecessariamente. No domicílio, o número de intervenções é restrito, reduzindo os riscos de complicações, desde que seja um pré-natal de baixo risco e o procedimento seja realizado por um profissional capacitado (JANSSEN *et al.*, 2009).

Este tipo de parto é planejado para que aconteça no ambiente domiciliar. O planejamento deste parto é realizado durante o pré-natal, com uma gestação de baixo risco. É um parto de início espontâneo, recebendo o atendimento por um enfermeiro obstetra, possibilitando a mulher viver plenamente o nascimento da criança. A mulher é estimulada a viver intensamente o momento, sendo encorajada a participar ativamente de todas as decisões, adotando a posição de sua preferência, podendo caminhar, alimentar-se e até mesmo descansar. A participação da família é essencial, mantendo vínculo de segurança e confiança, permitindo que o parto aconteça sem intervenção profissional, deixando a “natureza” da mulher agir por si (DAVIM; MENEZES, 2001; LESSA, 2003) .

De acordo com Lessa (2003, p. 18):

A opção pelo parto domiciliar incorpora a idéia de que a nossa casa tem a nossa cara, a nossa energia. Nela nos reconhecemos, nela temos a possibilidade de nos encontrarmos com as nossas raízes mais profundas. Esta intimidade propicia à parturiente um maior relaxamento, o que quer dizer menos liberação de adrenalina e mais liberação das endorfinas que são substâncias produzidas em estados privilegiados do sistema nervoso central, sendo sua produção em geral, associada a grande desgaste físico. Este sistema de "morfinas endógenas" entra poderosamente em jogo durante o parto, se certas condições são reunidas, e protege a mãe e o bebê contra a dor e também traz uma sensação positiva de bem estar inclusive após o nascimento.

O hospital não constitui apenas o cenário do parto, pois influencia e legitima as relações que se procedem. Na esfera das microrrelações, podemos observar que o hospital, enquanto território estranho, alheio e não-familiar, condiciona o comportamento submisso da mulher e a coloca em uma posição de heteronomia (GALVÃO; MENEZES, 2011).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Este é um estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, tendo como abordagem metodológica a Teoria Fundamentada em Dados (Grounded Theory). A pesquisa qualitativa foi escolhida por permitir investigar a realidade que não pode ser quantificada, ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivos, crenças, valores, o que responde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos (MINAYO, 2008).

A abordagem exploratória-descritiva permite ao investigador aprofundar sua experiência em torno de determinado problema, sem perder a exatidão nos relatos dos fatos e fenômenos da realidade investigada (TRIVIÑOS, 1998).

No contexto da pesquisa qualitativa, a Teoria Fundamentada em Dados (TFD) visa interpretar o que acontece no cenário estudado e como se dá o dia-a-dia dos participantes, a partir da captação do significado que certo contexto ou objeto tem para os mesmos. Pretende, a partir da compreensão dos significados e de suas implicações, produzir conhecimento e proporcionar um direcionamento relevante para a ação (DANTAS *et al.*, 2009).

A TFD tem o objetivo de descobrir teorias, conceitos e hipóteses, com base nos dados coletados, ao invés de utilizar aqueles predeterminados. Este método permite ao pesquisador desenvolver e relacionar conceitos que descrevem como o participante vive uma certa realidade e como enfrenta os desafios nela presentes. Relacionando esses conceitos, o pesquisador busca construir um modelo conceitual que explique o fenômeno estudado (STRAUSS; CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009).

A sensibilidade teórica é exigida para propiciar as nuances sutis e o significado dos dados e para identificar as conexões entre os conceitos levantados. Usar da sensibilidade significa ter discernimento e a capacidade de dar sentido aos fatos e acontecimentos dos dados descritos. Este processo torna-se capaz quando o pesquisador trabalha com os dados; comparando-os, elabora questões e coleta mais dados. O processo ocorre de forma atornada entre a coleta e análise de dados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A TFD utiliza os conceitos sensibilizadores do pesquisador, no sentido de favorecer a criação de conceitos que estimulem a percepção de novas relações, perspectivas e pontos de vista, ao invés da criação de técnicas que proporcionem mais exatidão (HENWOOD; PIDGEON, 2010; STRAUSS; CORBIN, 2008).

No agnosticismo teórico o pesquisador recusa aderir a uma específica escola de pensamento ou a significados estabelecidos numa teoria existente, esperando para que as relações relevantes emergem dos dados, para posteriormente poder usar das contribuições das diversas escolas ou pesquisadores cujos conceitos ajudariam a contextualizar o modelo construído (HENWOOD; PIDGEON, 2010).

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado nas cinco regiões do Brasil. Nas respectivas regiões, o estudo limitou-se nos estados de Santa Catarina, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Distrito Federal, Bahia, Pernambuco, Ceará e Pará. Os estados foram selecionados por possuírem profissionais Enfermeiros Obstétricas que atuam no

Parto Domiciliar Planejado, na sua região.

As entrevistas foram realizadas por meio de cenário virtual (a internet) usando o Skype ou Messenger, na modalidade de conversa de voz.



Figura 2. Número de participantes por região.

Para as entrevistas usou-se computador com acesso a internet e programas de conversa interativa. Para gravação das entrevistas: um gravador de voz MP3 player, com espaço de armazenamento de 2GB em memória interna, permitindo até 16 horas de uso com bateria interna, possível de recarga pelo cabo USB, junto ao computador.

3.3 Participantes do estudo

Após levantamento dos enfermeiros obstetras atuantes no parto domiciliar no Brasil, com auxílio da Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstétricas Nacional (ABENFO), a seleção dos sujeitos obedeceu às seguintes etapas: convite para participação na pesquisa através de e-mail, descrevendo ao participante os objetivos e aspectos metodológicos do estudo; o segundo momento, houve contato pessoal com todos os participantes, durante o VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal, na cidade de Belo Horizonte, e ratificamos sua participação na entrevista por meio virtual entre os sujeitos e pesquisador, nesta oportunidade solicitamos endereço completo, telefone e e-mail.

Foram entrevistados 22 enfermeiros obstétricas, que atuam na atenção ao parto de baixo risco, em domicílio. Os entrevistados foram em sua grande maioria do sexo feminino, sendo apenas um do sexo masculino. Para manter o anonimato, os participantes foram identificados por letras mantendo a sequência alfabética de A a V.

O quantitativo de sujeitos foi norteado pela saturação e amostragem teórica. Sendo assim, não foi pré-determinado o número de participantes, permitindo que o quantitativo de participantes fosse determinado de acordo com o conteúdo e consistência dos dados que iam sendo coletados e analisados concomitantemente (STRAUSS; CORBIN, 2002).

CÓDIGO DO ENTREVISTADO E UF	IDADE	TEMPO DE FORMAÇÃO	QUALIFICAÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO
A (SP)	41 ANOS	21 ANOS	ESPECIALISTA	5 ANOS
B (MG)	45 ANOS	12 ANOS	ESPECIALISTA	2 ANOS
C (SP)	46 ANOS	24 ANOS	DOUTOR	4 ANOS
D (MG)	53 ANOS	19 ANOS	MESTRE	18 ANOS
E (SC)	29 ANOS	8 ANOS	MESTRE	2 ANOS
F (RJ)	60 ANOS	37 ANOS	MESTRE	10 ANOS
G (SC)	30 ANOS	6 ANOS	ESPECIALISTA	2 ANOS
H (SC)	28 ANOS	6 ANOS	ESPECIALISTA	4 ANOS
I (RJ)	31 ANOS	6 ANOS	MESTRE	3 ANOS
J (SC)	32 ANOS	6 ANOS	MESTRE	6 ANOS
K (RJ)	52 ANOS	30 ANOS	DOUTOR	8 ANOS
L (SP)	32 ANOS	6 ANOS	ESPECIALISTA	2 ANOS
M (SP)	35 ANOS	13 ANOS	DOUTOR	5 ANOS
N (SP)	51 ANOS	29 ANOS	DOUTOR	9 ANOS
O (RJ)	51 ANOS	28 ANOS	MESTRE	21 ANOS
P (BA)	56 ANOS	32 ANOS	MESTRE	10 ANOS
Q (DF)	30 ANOS	5 ANOS	ESPECIALISTA	6 MESES
R (SC)	36 ANOS	12 ANOS	MESTRE	6 ANOS
S (DF)	34 ANOS	9 ANOS	ESPECIALISTA	1 ANO
T (SC)	47 ANOS	25 ANOS	MESTRE	10 ANOS
U (PA)	43 ANOS	20 ANOS	ESPECIALISTA	4 ANOS
V (CE)	31 ANOS	9 ANOS	ESPECIALISTA	2 ANOS

Figura 3. Caracterização quanto a Unidade de Federação - UF, idade, tempo de formação, qualificação e atuação no parto domiciliar planejado.

3.4 Critérios para seleção dos sujeitos

Critérios de inclusão: Graduado em Enfermagem, Especialista em Obstetrícia que atua no parto domiciliar planejado a partir do ano de 1986, após a regulamentação do Exercício Profissional, que respalda a atuação do Enfermeiro Obstetra. Aceitar participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de exclusão: foram excluídos parteiras tradicionais, sem formação superior em Enfermagem Obstétrica.

3.5 Aspectos éticos

Em cumprimento as resoluções que permeiam a pesquisa no Brasil, o presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC-Goiás, sob Registro 1887, 28 de outubro de 2011 (Anexo A), em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre os aspectos ético-legais dos estudos científicos que envolvem seres humanos.

O TCLE (Anexo B) em duas vias, assinado por duas testemunhas foi enviado para residência do sujeito, via correios, que após a leitura e assinatura uma via retornou para a residência do pesquisador.

3.6 Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu no período entre janeiro a julho de 2012, realizado pelo próprio investigador, por meio de entrevista semi-estruturada individual aberta (ANEXO C) e o informante teve todas as perspectivas possíveis

de responder a questionamentos básicos com liberdade e espontaneidade, que enriquece a investigação (TRIVIÑOS, 1998).

As entrevistas foram agendadas conforme disponibilidade dos sujeitos e gravadas no formato mp3 e após a gravação foram transcritas na íntegra, com autorização dos depoentes.

Os dados foram coletados de maneira contínua, onde os sujeitos foram protegidos de riscos decorrentes da pesquisa. Entre a coleta de dados e o processo de transcrição foi trabalhado o memorando. A redação do memorando é uma etapa fundamental para a análise, sendo registradas as abstrações de ideias para análise dos dados. O memorando consiste em uma forma de registro referente a formulação da teoria, que deve ser construído durante o processo de coleta e análise de dados (CHARMAZ, 2009).

3.7 Análise de dados

Para análise de dados, a literatura específica sobre parto domiciliar planejado foi usada, com a finalidade de obter uma sensibilidade mais aguçada dos conceitos locais, que identifiquem algumas características centrais das situações a serem estudadas. Na Teoria Fundamentada em Dados, o agnosticismo teórico permite um contato prévio com a literatura existente, mas não apoia a adesão a posições teóricas particulares, em paralelo com suas próprias sensibilidades teóricas atuais (HENWOOD; PIDGEON, 2010).

Ao invés de seguir uma teoria, o pesquisador foi notado por um conceito sensibilizador, proveniente da imersão do pesquisador na prática da assistência ao parto domiciliar. Conceito sensibilizador: “A assistência ao parto domiciliar se

faz entender como uma prática pessoalmente envolvente e intenso para o profissional”.

Seguindo a tradição intelectual da Grounded Theory, a análise de dados teve início com o processo de codificação, sendo esta o elo principal entre a coleta de dados e o desenvolvimento de uma teoria emergente para explicar esses dados. Através da codificação definimos o que encontramos nos dados e começamos a debater as idéias (CHARMAZ, 2009). Este processo ocorreu em três etapas:

Codificação Inicial – nesta etapa estudamos rigorosamente os fragmentos dos dados coletados, sendo oferecida atenção específica as palavras, linhas, segmentos e incidentes, dando devida atenção.

Codificação Focalizada – nesta etapa foi separado aquele material que podia representar os códigos iniciais mais evidentes e os testamos em contraste com dados mais amplos, com a finalidade de estruturarmos os códigos encontrados. Esta etapa ocorreu concomitante a coleta de dados.

Codificação Teórica – trata-se de um nível sofisticado de codificação, onde os códigos iniciais foram relacionados uns aos outros, enquanto hipóteses a serem integradas em uma teoria.

Na TFD o modelo é construído a partir de comparações contínuas entre os códigos, entre os códigos e os dados, identificando assim similaridades e diferenças que permitem que categorias gradualmente emergem e sejam relacionados entre eles.

4 RESULTADOS

Das nossas entrevistas sobre a vivência da assistência ao parto domiciliar por enfermeiros obstétricas, emergiram 2 categorias temáticas, sendo elas: (1) motivações e valores pessoais na construção da qualidade; (2) desafios e obstáculos à prática (Preconceito Cultural, Atitudes Profissionais Estigmatizantes e Falta de Apoio Logístico).

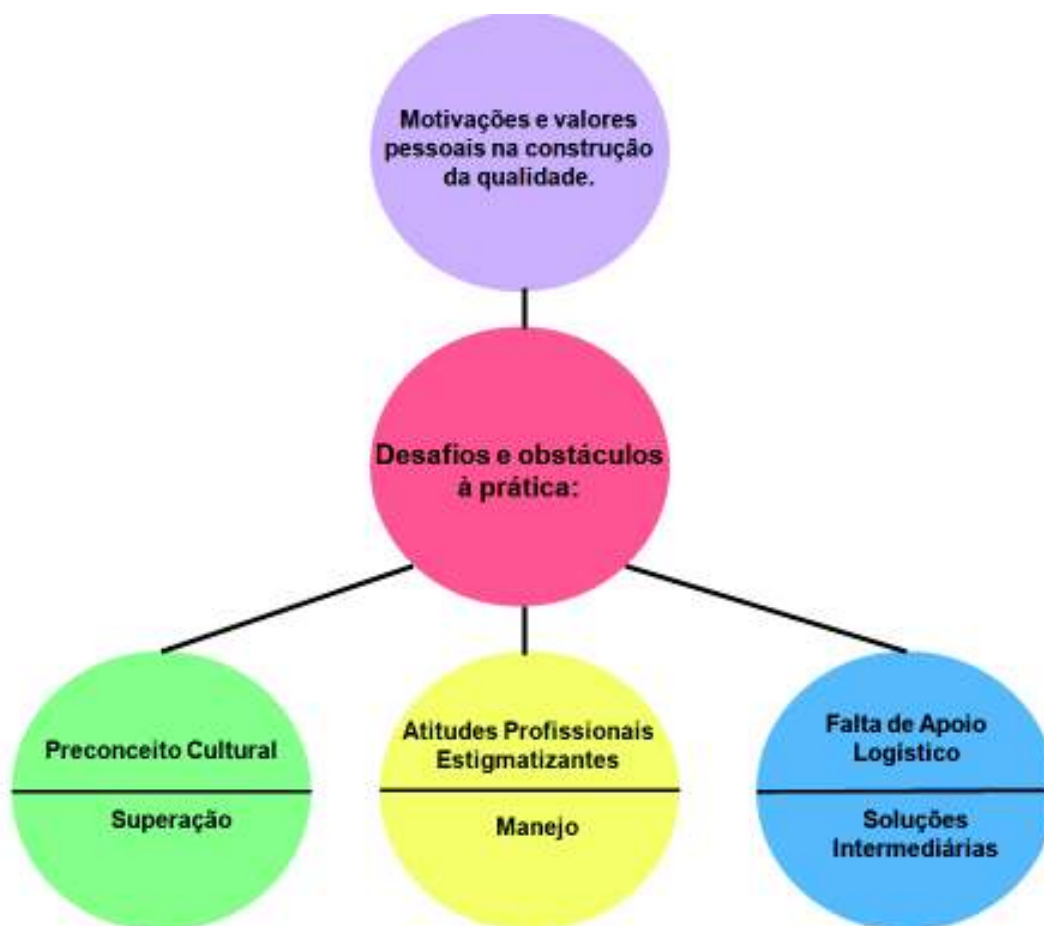


Figura 4. Representação do modelo que emergiu das entrevistas.

4.1 MOTIVAÇÕES E VALORES PESSOAIS NA CONSTRUÇÃO DA QUALIDADE

A atuação do enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado é permeada por diversas motivações e valores que foram construídos ao longo dos anos, e favorecem a qualidade na assistência ao parto. As motivações, muitas vezes percebida como uma vocação, ou até mesmo insatisfação por experiências vivenciadas na atenção ao parto hospitalar, foram construindo uma concepção de parto humanizado e despertando um interesse por esta atuação. Algumas mulheres se sentiram vocacionadas até mesmo após o vivência de ter seu próprio parto em casa..

A motivação para atuar no parto domiciliar planejado, vai além de uma escolha profissional. A arte de partejar é vista como uma missão, uma vocação que muitas profissionais já possuíam antes mesmo de uma formação acadêmica:

Eu acho que cada um de nós neste mundo tem uma missão e eu acho que a minha missão maior estava por vir com o parto domiciliar (A).

[...]realmente eu acredito que eu nasci parteira, tenho esta vocação muito antes de pensar em fazer uma graduação, já de menina eu demonstrava esta vocação para partejar (B).

[...]desde antes de me formar em Enfermagem, eu queria ser parteira, mas ai no Brasil naquela época não tinha curso para parteira, desde criança, eu sempre tive interesse, parece que era realmente minha vocação (J).

O processo de relação interpessoal entre os profissionais também é um agente motivador para a prática. Por exemplo, o contato com outros enfermeiros que já atuavam no parto domiciliar e amigos que possuíam a mesma linha de

afinidade com a assistência ao parto humanizado, despertou em vários profissionais um interesse para esta atuação:

O contato com outras mulheres que assistiam partos, parteiras tradicionais, obstetrizes, profissional e conhecer as realidades das famílias que tinham passado pela experiência, foram motivadoras para assumir como atividade exclusiva após minha aposentadoria (F).

Eu na graduação tinha uma amiga, à época também era colega de graduação, ela ficou grávida e teve o parto domiciliar. Apartir do parto domiciliar dela, nós decidimos fazer o TCC sobre isso, o parto domiciliar atendido por enfermeira obstetra e em 2006 demos continuidade ao atendimento (H).

[...]conversando com uma amiga, a gente viu que nós tínhamos praticamente as mesmas ideias, então a partir dai nós pensamos em montar uma empresa e oferecer parto normal domiciliar para as mulheres que quisessem ter filho em casa (S).

A experiência pessoal do parto domiciliar despertou em vários profissionais interesse para atuação no parto domiciliar. A certeza que queriam atuar no parto domiciliar planejado veio após sua vivência de seu próprio parto. Essa experiência culminou a motivação:

[...]eu mesmo ganhei meus filhos em casa. A minha prática obstétrica abriu muito minha mente, mas especificamente para o parto domiciliar foi a minha própria experiência (D).

A minha filha nasceu de parto domiciliar e a partir dali eu tive certeza que eu queria atuar no parto domiciliar; Até ai eu nunca tinha assistido um trabalho de parto em casa, mas ai quando eu tive minha filha em casa, eu decidi que eu também queria trabalhar em casa (J).

Outro motivo pessoal para atuar no parto domiciliar planejado, é a inquietação baseada na própria atuação com parto intra-hospitalar. Muitas vezes,

essas inquietações foram despertadas pelos números de intervenções desnecessários, uso rotineiro de episiotomia e ocitocina exógena, sem critério:

[...]eu comecei a trabalhar num hospital público e as mulheres eram atendidas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato pelas enfermeiras obstétricas. Só que o ambiente hospitalar me gerou algumas inquietações pelo número de intervenções, a postura que a mulher tinha que ficar neste período, a realização de episiotomia rotineira, o uso indiscriminado de ocitocina. Neste período eu tive uma experiência, a paciente internou, em gestação de baixo risco, como era rotina as enfermeiras obstétricas acompanharem. Ela internou. Eu acolhi. O médico nem levantou para avaliar a parturiente e quando eu vi, ela teve parto normal sem soro e eu comecei a pensar então: nossa a mulher tem condição de ganhar seu filho sem soro (E).

[...]e eu já era engajada com o parto humanizado, eu já defendia a bandeira, mas parto domiciliar pra mim era uma coisa muito distante, muito aquém da minha prática e eu não me via no parto domiciliar...Minha prática era só hospital e eu sempre me questionava e não concordava com a prática que era empregada no hospital (A).

A valorização da área sendo um aspecto importante na construção da qualidade do atendimento. O amadurecimento profissional é destacado como condição da qualidade na assistência ao parto em domicílio. A graduação e pós-graduação não trazem por si, uma bagagem que permita atuação direta ao parto domiciliar. A identificação das distocias (dificuldades encontradas na evolução de um trabalho de parto) e situações de emergências obstétricas requer experiência na atenção ao parto intra-hospitalar, tendo contato com uma diversidade de situações adversas nos partos. Não há necessidade de experiência específica no parto domiciliar e sim no parto hospitalar:

Se eu fosse hoje recém-formada, eu não ingressaria hoje no parto domiciliar. Eu precisaria de prática hospitalar, domínio de avaliação da dilatação de colo uterino e até mesmo pratica em

urgência pra me sentir preparada pro parto domiciliar, porque no parto domiciliar. É você e você mesmo, é necessário ter experiência e estar preparado. É responsabilidade que você assume por duas vidas. Esta experiência a gente não sai da faculdade com ela, isso só a nossa prática vai dar (A).

[...]é muito importante que se tenha uma experiência com a atenção ao parto A experiência profissional me trouxe segurança para eu ter o acompanhamento do parto domiciliar (K).

É preciso ter uma experiência na atenção ao parto na identificação de distocias (C).

Acho que a coisa de ter experiência superimportante. E acho que a experiência não é experiência no parto em casa. Acho que a pessoa não tem de assistir um monte de parto em casa, ela vai pra casa e em casa ela vai aprender[...] Ela não precisar saber o porquê que não está dando certo. Ela só precisar saber que não está dando certo e mandar essa mulher pro hospital (Q).

A atualização é apontada pelos profissionais, como uma condição de qualidade para a atuação. Neste contexto, os depoentes sinalizam a importância da participação em cursos, leitura de trabalhos científicos e atualizações em geral, a nível nacional e internacional, mas também conhecer a sabedoria das parteiras tradicionais:

[...]outra exigência que eu acho, é a atualização, fazer cursos, atualizar-se. Eu procuro estar fazendo curso o tempo todo, principalmente voltado pra capacitação dentro do parto domiciliar para que a gente possa tá fazendo um trabalho da melhor forma possível (A).

[...]cada vez nos atualizamos mais...é uma reciclagem contínua, e procuramos não só os trabalhos científicos brasileiros, que tem muito pouco realmente, mas estudamos fora (B).

A gente busca atualizações a respeito de parto humanizado, a nível nacional e internacional, a gente tem contato com parteiras de outro país, para saber como é que as coisas funcionam, então a gente sempre buscou fazer esta parceria com outras parteiras tradicionais, que já tem uma história longa de parto, pra gente estar absorvendo estas experiências pra gente (S).

A atualização profissional deve estar sempre associada ao sensitivo, para atenção qualificada ao parto no ambiente domiciliar. A sensibilidade é um elemento fundamental para se respeitar o processo natural da mulher, respeitando sempre as limitações da mulher, do parceiro e da família:

A sensibilidade é fundamental, porque é incrível, mas eu conheço inúmeras profissionais que tiveram a mesma formação que eu e não são sensibilizadas para atender um parto domiciliar como eu (I).

É muito importante também que para o parto domiciliar a pessoa tenha sensibilidade para respeitar o processo(J).

[...]sensibilidade com a mulher, pra saber tá lidando com aquele momento com aquela paciente (S).

A sensibilidade é muito, muito importante, o dar a mulher a possibilidade de estar plena, de realmente vivenciar, a família vivenciar aquele momento. É uma família que nasce (B).

É possível observar que a atuação dos enfermeiros obstétricas vai além do aspecto profissional. Por perceberem a arte de partejar como uma missão, a atuação é vivenciada de forma intensa. Estes profissionais acreditam que para uma atuação de qualidade em domicílio, o enfermeiro deve possuir uma experiência na realização de partos hospitalares, conhecimento científico para identificação das complicações e a atualização deve ser um processo contínuo, associado a uma sensibilidade aguçada para as necessidades da mulher e os diferentes aspectos do processo. A associação visa que o enfermeiro tenha qualificação para detectar os riscos e sensibilidade para agir no momento certo, sem invadir o processo natural da mulher.

4.2 DESAFIOS E OBSTÁCULOS À PRÁTICA DO PARTO DOMICILIAR

Ao longo dos anos com as mudanças na assistência obstétrica, a institucionalização do parto, incorporação das tecnologias à prática médica, advento do parto cirúrgico e o domínio médico sobre o parto, muitos paradigmas foram construídos. Neste contexto, o hospital é visto como o único local seguro para o nascimento, estigmatizando o domicílio como um ambiente impróprio. O parto fisiológico passou a ser um procedimento de domínio exclusivo médico e não da mulher. Muitos profissionais passaram a perceber o processo de nascimento como um evento de risco, não como um processo fisiológico. O parto cirúrgico tornou-se via prioritária de nascimento, desrespeitando até mesmo a capacidade de decisão da mulher.

Os participantes deste estudo caracterizam uma forma de vanguarda, resgatando no ambiente urbano, moderno e tecnicista, uma prática que faz parte de um contexto histórico, dotado de poucos aparatos tecnológicos. Neste resgate, os profissionais se deparam com desafios gerados pelos paradigmas estabelecidos, sendo estes: Preconceito Cultural, Atitudes Profissionais Estigmatizantes e Falta de Apoio Logístico.

Preconceito Cultural

Os preconceitos culturais foram formados ao longo dos anos, no imaginário das pessoas sobre um parto ideal, seria aquele parto sem dor, no ambiente hospitalar, com a garantia das tecnologias modernas. Neste sentido, a sociedade e os profissionais de saúde constroem pontos de vista acerca da

assistência ao parto. Esta visão do parto como um procedimento cirúrgico de alta complexidade, não deixa espaço para o parto domiciliar planejado.

Os profissionais que atuam com o parto domiciliar vivenciam embates com uma resistência por parte da sociedade e profissionais de saúde, embasado em paradigmas estabelecidos ao longo dos anos, sobre a assistência ao parto no hospital.

Este paradigma culturalmente construído na assistência ao parto, dificulta a inserção da prática autônoma dentro do sistema de saúde vigente no Brasil, quer seja público ou privado:

Uma outra coisa que ainda dificulta muito, é a falta do reconhecimento da atuação do enfermeiro obstetra por parte do convênio, tanto para o parto hospitalar, quanto domiciliar (A).

[...]é que a gente trabalha totalmente fora do sistema de saúde[...]eu tenho apoio de um hospital porque eu trabalho lá, isso é feito de maneira informal, porque nós não temos respaldo e apoio do sistema de saúde (D).

[...]obviamente a gente não tem o apoio do governo que a gente precisava ter...você não consegue ter um sistema de referencia também que te permita continuidade no trabalho (I).

A cultura moderna projeta uma sensação de segurança e proteção, na presença da tecnologia avançada. Em contrapartida, o parto domiciliar é percebido como um retrocesso a um estado da sociedade mais primitiva. Parece negar à pessoa as vantagens do progresso, da medicina moderna e das estruturas socialmente sustentadas:

Não querem conhecer o nosso trabalho, dizem que não valorizam, mas não podem valorizar um trabalho que não conhecem (B).

Uma vez a opinião pública, que isso é totalmente desconhecido da população e isso é classificado como "doidura", quando você fala

que quer ganhar seu neném em casa, é quase à mesma coisa que falar: "eu quero matar ele", você é taxada como doida (D).

[...]socialmente a gente tem um problema que as pessoas não entendem parto domiciliar acham que é um tipo de seita, as pessoas não compreendem a filosofia de um parto domiciliar, acham que isso é um retrocesso, então a gente já tem a primeira barreira que é transpor esse preconceito social do parto domiciliar (I).

O preconceito, principalmente das famílias das mulheres, a maioria esconde da família que vai ter filho em casa porque tem todo um preconceito, a cultura é a cesárea, então o parto domiciliar é contra a cultura, então existe um grande preconceito, não só da família, até mesmo dos profissionais, os médicos, até mesmo os profissionais da minha classe, os enfermeiros também (P).

Primeiro o desafio sempre é um condicionamento cultural muito arraigado de que isso é absolutamente perigoso, então eu acho que a primeira coisa é uma reação contrária do mundo (Q).

A resistência por parte da sociedade e profissionais com a qual os enfermeiros se deparam é função da cultura tecnocrática. Essa resistência é superada por meio de divulgação do trabalho, buscando mostrar o que esta sendo feito para a comunidade acadêmica, através de publicações em revistas científicas, jornais, páginas da internet e redes sociais. Além disso, as próprias pacientes ajudam pela divulgação da vivência positiva entre seus conhecidos:

Aqui buscamos crescer em pesquisa, já tem enfermeira com os dados do parto domiciliar, para ser uma prática mais científica, mostrar para academia que os partos domiciliares são tão seguros quanto os partos os hospitalares (G).

[...]a gente faz página na internet agora, a gente trabalha muito com a questão da entrevista nos jornais, que eles buscam bastante a gente, pra tá esclarecendo pra paciente e pra o público que ter um parto em casa não nem um risco. A gente indica para aquelas pacientes que estão sendo acompanhada pela gente, leitura humanizada, sobre o parto domiciliar. A gente tá tentando trabalhar isso dentro das redes sociais e a gente tá tentando trabalhar isso no consultório, ai a gente também faz grupo. A gente faz um trabalho de divulgação geral, pra mostrar o que a gente faz, pra mostrar que a gente leva equipamento, que não é aquela assistência que a gente tinha no passado (S).

As nossas pacientes divulgam muito o nosso trabalho, as vezes novas pacientes nos procuram por indicação de outras pacientes[...]elas divulgam o seu parto até na internet e isso acaba reforçando o nosso trabalho (T).

A perspectiva cultural predominante oferece uma resistência relevante por parte da sociedade. Associa a segurança no parto exclusivamente ao parto hospitalar, intervencionista e cirúrgico. Este paradigma está sendo construído diariamente na educação e nas mídias, e faz parte de um sonho em que para a pessoa ser feliz e bem sucedida é consumidora de tecnologia, sacrificando o contato com as funções naturais do ser humano biológico.

Antes mesmo da concepção, as mulheres possuem um imaginário de um parto sem dor. Muitas mulheres procuram a consulta de pré-natal, com a opinião formada sobre a via de parto, mesmo com poucos conhecimentos sobre o procedimento. Em algumas situações, a cultura da cesárea, se mostra tão forte que a via de parto não é discutida durante a gestação, submetendo a mulher ao parto cirúrgico, como se fosse este a única opção sensata disponível.

A superação desta resistência cultural passa pelos mesmos caminhos, pelos quais os conceitos dominantes são construídos, a saber pela educação da sociedade e a divulgação através das mídias.

Atitudes Profissionais Estigmatizantes

Com a institucionalização do parto na década de 60, o parto domiciliar planejado é um tipo de atendimento, distante do apoio da classe médica, sendo apreciado apenas por alguns profissionais médicos, que consideram essa prática e respeita a fisiologia do parto e nascimento, numa perspectiva de humanização da assistência.

No entanto, muitos entrevistados relataram que recebem críticas por grande parte dos médicos, muitos profissionais se sentem sem respaldo médico formalizado na equipe, o que certamente limita o trabalho de alguns enfermeiros obstétricas. As consequências podem ser sérias, uma vez que a estigmatização da prática, dificulta até mesmo, medidas de urgência, como transferência para uma instituição hospitalar:

[...]por não ter médico na equipe, nós nos sentimos muito desamparadas (A)

O tempo todo somos vistas em qualquer maternidade ou onde quer que saibam do nosso trabalho. Então, nos acostumamos com isso e não nos afeta, mas o tempo todo nós ouvimos: “Aquelas moças”! Então a gente tem que trabalhar com muito cuidado, muita cautela. Eu falo sempre com as colegas, em tudo que acontecer, nós temos que estar bem respaldadas para não dar margem e encontrem brechas para falar contra nós(A).

Nós temos muita dificuldade pela falta de apoio também nos encaminhamentos. Hospital público não temos apoio, pra ligarmos e passar algum caso de uma gestante que está em trabalho de parto em casa, quando a parturiente chega lá já tachada. Então a maior parte dos encaminhamentos são feitos pela porta de emergência mesmo. Não é uma transferência de profissional para instituição, porque não é bem recebida. A gente tenta passar tudo, a história da cliente, mas os profissionais não são receptivos (G).

Ter um médico de apoio seria um desafio, porque às vezes a gente precisa de um pedido de exame e alguma coisa, então ter médico parceiro para gente é muito difícil. Até hoje, pediatra nenhum aqui quis ter este vínculo com a gente de atender no domicílio. Quando a mulher decide ganhar em domicílio(H).

A falta de um médico de apoio na composição das equipes, é superado por meio de parceria informal com alguns médicos que são favoráveis a prática do parto humanizado, e oferecem suporte quando necessário. Em muitos casos não existe a possibilidade de uma parceria formal, pois existe oposição a esta prática por parte de muitos profissionais. Os médicos que apoiam e participam do parto

domiciliar, são também estigmatizados pelos órgãos fiscalizadores da prática médica.

De acordo com o tempo de trabalho, vários enfermeiros foram ampliando sua rede de contato profissional, tornando o seu trabalho conhecido por diversos médicos obstétricos. Este contato permite uma aproximação de alguns médicos que são favoráveis ao parto natural, que vão oferecendo um suporte aos enfermeiros, quando necessário:

A gente busca parceria, apesar da gente ter pouco apoio, a gente tem sim, alguns médicos que são mais favoráveis ao parto normal e que de uma certa forma nos apoiam (G).

Nós não temos médicos na equipe, mas nós temos médicos obstétricos que nos apoiam, então quando a gente precisa, a gente liga pra estas pessoas e ela nos dão suporte (H).

[...]temos um pediatra, que em alguns casos de dúvida ou precisamos de alguma coisa, ligamos para ele e ele tem atendido a gente, mas ele não tem ligação com o parto domiciliar (H).

Durante o pré-natal é traçado um plano B, sendo discutido, caso este parto não possa acontecer em domicílio, como procederá o encaminhamento e a instituição de referência. Em casos de distócias ou situações que possam comprometer minimamente o trabalho de parto, a parturiente é encaminhada para uma maternidade, para que o parto aconteça no ambiente intra-hospitalar.

Se a paciente for portadora de um Plano de Saúde, é encaminhada para hospital privado, de sua escolha e se não possuir convênio, será referenciada à rede pública. O acolhimento da parturiente pela maternidade, segundo os entrevistados torna-se muitas vezes conflituosa, acontecendo várias formas de violência subjetiva. Certos profissionais de saúde ao receber a cliente, a

estigmatizam por ter aderido a uma prática que não é apoiado pela cultura predominante do sistema de saúde:

O maior desafio é quando o parto domiciliar não acontece e esta mulher vai para uma instituição hospitalar e sofre um preconceito, assim como nós também sofremos o preconceito de nossos colegas enfermeiras obstétrica e a classe médica (E).

O grande desafio é o encaminhamento para a instituição hospitalar se for necessário. A instituição hospitalar ainda violenta a mulher por suas escolhas e o profissional é tratado como um marginal (F).

Nas maternidades particulares, quando a gente tem o medico de referencia, isso ocorre muito tranquilamente, mais quando não é o caso de ter essa pessoa de referencia, quando elas vão principalmente para o serviço publico elas são rechaltadas, maltratadas, ouvem piadinhas, você não consegue ter um sistema de referencia (I).

a mulher tem direito a ter continuidade de um atendimento decente, ao passo que nossas mulheres aqui são escrachadas, sofrem todo tipo de violência, só porque ela estava tentando o parto domiciliar...então ela se vê obrigada a ir para uma instituição pública em que os profissionais não respeitam a decisão dela de ter tentado um parto em casa e ela acaba sendo submetida muitas vezes até mesmo a uma violência verbal (P).

Em casos extremos, a conduta escolhida aparenta a de uma prática ilícita que deve ser encoberta. Para evitar o conflito e até mesmo a violência institucional, acontece uma omissão da paciente e acompanhante, quanto à tentativa do parto domiciliar. A paciente entra na maternidade, justificando que estava em casa, aguardando a evolução do parto:

Muitas vezes para prevenir uma violência institucional, a nossa alternativa é orientar a paciente que em caso de transferência ou encaminhamento para hospital ,que não fale que estava tentando o parto domiciliar (L).

Sempre quando eu chego, nós nunca falamos que estávamos tentando um parto domiciliar, eu sempre digo que nós estávamos esperando o trabalho de parto evoluir para levar para o hospital (N).

[...]muitas vezes a gente encaminha esta mulher e a gente pede pra ela não falar que estava tentando o parto domiciliar, pra não sofrer o preconceito dentro da instituição, principalmente quando é pública (S).

Na tentativa de viabilizar o processo de transferência, caso o parto não aconteça em domicílio, os enfermeiros avaliam, junto ao casal durante o pré-natal, a viabilidade de um plano B. O casal decide com antecedência para qual unidade hospitalar a paciente deseja ser encaminhada. Se for um hospital público, a parturiente estará ciente que dará entrada pela porta de emergência, e será tratada de acordo com os procedimentos e normais. Se for um hospital privado, as enfermeiras já entram em contato com um médico conhecido, que dará suporte no hospital escolhido:

Quando a mulher opta pelo parto domiciliar, na primeira consulta de acompanhamento a gente já traça o plano B. Se o plano A seria o parto domiciliar, qual seria o plano B ? O casal vai decidir se ele quer ser encaminhado para uma clínica particular, qual será ? ou se ele vai para uma maternidade pública. Tudo fica pré-determinado (E).

A gente sempre faz um plano de como a paciente vai querer este parto. Este plano é chamado de plano A. O plano B, é em caso de detecção de distócia para transferir esta paciente. Antes disso a gente já resgata dela, qual o tipo de convênio que ela tem qual hospital que ela gostaria de ser removida (R).

Faz parte do planejamento do parto em casa termos pactuado o hospital e a equipe médica (F).

Sempre traçamos um plano para este parto antecipadamente, planejamos a referência, caso tenha necessidade de encaminhamento. Este plano é discutido com a mulher e parceiro (C).

No dia-a-dia a gente planeja muito bem estes partos ao longo do pré-natal. Então estas referências são pensadas e agente pensa lá na frente. Caso seja uma referência de emergência real, eu preciso da unidade de saúde mais próxima que tenha uma atenção obstétrica. Então isso tudo a gente planeja junto com família (J).

Também para este problema, alguns enfermeiros possuem contatos informais com um médico de referência, com o qual o Plano B é acordado previamente. O médico obstetra esta ciente que, caso aconteça qualquer intercorrência, a mulher será encaminhada para a unidade hospitalar, em que estará de plantão, ou poderá ir acompanhar a paciente:

Com relação à transferência, sempre existe um suporte, um médico de retaguarda. Sempre há médico de retaguarda quando nós vamos para um parto (P).

Ai, nós temos as opções de obstétricas, que são obstétricas humanizados, que apoiam e acreditam no nosso trabalho e acompanham esta paciente, caso seja preciso (S).

Mesmo com evidência científicas favoráveis, existe resistência velada por parte de entidades da classe médica com relação a participação do profissional médico no parto em casa, o que reforça ainda mais o distanciamento de alguns médicos e a falta de apoio a prática.

Falta de Apoio Logístico

O enfermeiro obstetra domiciliar precisa do sistema de saúde ainda quando não há necessidade de uma transferência para um hospital: precisa obter materiais e medicamentos que são restritos às unidades hospitalares.

A atenção ao parto em domicílio exige materiais e medicamentos específicos, para o atendimento obstétrico e neonatal. A aquisição destes, esta limitado às instituições hospitalares, o que configura uma problemática no cotidiano dos entrevistados:

[...]é necessário material de suporte nos casos de distocias, como por exemplo uma hemorragia, poder puncionar uma veia e encaminhar esta paciente com certa segurança. Também no caso do recém-nascido, você ter material para dar suporte básico (E).

[...]a gente precisa ter na caixa ocitocina, methergin, não methergin comprimido, methergin injetável, e por enquanto a gente consegue este material por acordo com as equipes que sabem do nosso trabalho. Mas nós não conseguimos comprá-los em farmácia ou empresa que forneça esses medicamentos. Estamos tentando, mas até o momento nós não conseguimos (A).

A dificuldade de aquisição dos insumos necessários para o atendimento ao parto domiciliar, é manejada de acordo com cada necessidade, contando sempre com o apoio informal de colegas de profissão, que facilitam o acesso aos materiais e medicamentos. Esta tendência ainda denuncia a qualidade provisória ou inoficial das soluções vigentes.

Alguns enfermeiros conseguem ter acesso aos insumos por meio de contato com representantes dos produtos, às vezes mediado por médicos conhecidos, que facilitam a aquisição. Outros profissionais além de trabalharem com o parto em domicílio, também exercem a Enfermagem Obstétrica em instituições hospitalares. Assim, por meio de pacerias com gestores, o acesso ao material é facilitado, onde o próprio gestor facilita a aquisição:

[...]Por enquanto a gente consegue este material por acordo com as equipes que sabem do nosso trabalho...O tempo todo nós ficamos dependendo de favor de outros para nos fornecerem a medicação...Se me falta uma medicação que a gente precisa, uma das nossas colegas entra em contato com uma equipe médica e corre até eles e pede a prescrição de um medicamento ou pede um favor para eles conseguirem a medicação. Ai a gente consegue, colegas que às vezes não são humanizados, mas conhece o nosso trabalho, ou tem um apreço por uma de nós (A).

Normalmente, a gente procura um médico conhecido e solicitamos para que ele prescreva. Ai nós pedimos a paciente para comprar na farmácia (F).

Sempre tenho amigos que fazem contato com representante pra facilitar a aquisição. Só assim pra conseguir (N).

No caso de mulheres com fator Rh negativo, os enfermeiros tem dificuldade de aquisição da Imunoglobulina Anti-Rh, que pode ser necessário para imunização da puerpéra. Esta dificuldade na aquisição muitas vezes desabilita a mulher de ter um parto em casa:

eu estou com uma mãe agora que é Rh negativo. Se eu precisar fazer o medicamento, eu não tenho onde comprar, eu não tenho onde encontrar. Então isso é uma batalha(Q).

Além da regulação da distribuição de insumos dentro do sistema de saúde, o profissional também enfrenta problemas com a regulação praticada pelos cartórios, na hora do registro do novo cidadão. Em algumas regiões, os enfermeiros relatam não ter acesso a Declaração Nascido Vivo (DNV), distribuída pelo serviço público de saúde. Veem esta dificuldade como um obstáculo prático, que é vivenciado, às vezes, como uma punição pela prática, tendo efeito que a profissional se sinta pressionada a vincular-se a uma instituição e se conformar com os paradigmas vigentes. A dificuldade de obter a DNV coloca injustamente o profissional numa situação de aparente infração, a desqualificando frente à família e causando um constrangimento profissional:

[...]já existe a lei de que nós podemos assinar e preencher a DNV direitinho e tal, mas a gente precisa ter autorização da vigilância sanitária ou vigilância epidemiológica (A).

A própria Declaração do Recém-Nascido, eu tenho que pegar no hospital, porque aqui na minha região não tem um lugar que forneça a DNV para o parto domiciliar (D).

Outra situação que a gente esta enfrentando e não é de agora, é com relação às DNV. A gente não tem acesso a DNV. Já fomos à secretaria municipal de saúde. Já fomos à estadual. Já chegamos a ir a Brasília, mas aqui a gente ainda não consegue DNV. Eles dizem que a gente tem que estar ligado a alguma instituição (H).

[...]nós temos a dificuldade de não termos o direito de pegar as DNV. Muitos profissionais conseguem, mas eu já tentei pelos caminhos certos e não consegui. Eles negociam da gente fazer

um atendimento muito bom e na hora da família registrar ter problema. É um desgaste desnecessário (J).

Os profissionais procuram soluções por meio de parceria e um cadastro na Secretaria de Vigilância em Saúde, onde alguns enfermeiros conseguem ter acesso a DNV para atendimento ao parto em domicílio:

[...]a secretaria tem apoiado muito o nosso trabalho. Então nós nos cadastramos na secretaria. Temos direito a DNV e a carteirinha (E-I).

[...]nós conseguimos aqui na secretaria de saúde a Declaração do Nascido Vivo. Então, hoje a gente possui o mesmo formulário que existe no hospital. Após o parto, a paciente já fica com a DNV em mão e já fica pronto para registrar em cartório. Porém sempre tem que levar duas testemunhas pra poder registrar(S).

Porém, a rigidez burocrática pode ainda interferir. Mesmo com acesso a DNV e ao cadastro de registro de nascimento, alguns depoentes relatam ainda, uma resistência por parte do Cartório de Registros, que exige condições e garantias especiais para a efetuação do processo documental. Em caso de parto hospitalar, a DNV é aceita por estes mesmos cartórios como suficiente:

Ainda sinto dificuldade para registro do RN. Eu fiz um parto em fevereiro e mesmo com a DNV, o cartório não queria registrar, porque a gente pega a DNV aqui, e mesmo com a DNV o cartório não queria registrar. É um absurdo, teve que ir testemunha lá, que isso !!! (O)

Recebi cinco impressos, preenchi, fiz tudo direitinho e o cartório questionou e pediu testemunha...Ainda criaram muitos problemas para realizarem o registro (C).

[...]às vezes a gente ainda tem dificuldade no registro do bebê... Mesmo estando cadastrado na secretaria de saúde e tendo acesso a DNV, sempre tem um problema na hora de registrar (Q).

Muitas vezes a forma encontrada pelos enfermeiros para superar a dificuldade de registro do RN, seria a comunicação prévia ao cartório a respeito do parto em casa. O casal procura o cartório e comunica o interesse pelo parto em casa. Esta atitude por si não é suficiente. Os enfermeiros fazem uso de um relatório impresso, com todo registro e dados do parto para que seja levado até o cartório. Ainda assim, os profissionais acompanham o casal como testemunhas para efetuarem o registro do RN. As estratégias de superação vão sendo desenvolvidas de acordo com o surgimento das resistências no registro:

O que fazemos até então, é fazer um relatório impresso do parto; sempre oriento aos casais a irem anteriormente ao cartório e notificarem que querem um parto em casa, pra que não haja qualquer dúvida quanto a legitimidade do parto e algumas vezes nós mesmo vamos como testemunhas para que não haja nenhuma margem de dúvida (A).

[...]a gente orienta as nossas pacientes e nós acompanhamos ela até o cartório, antes quando elas ainda são gestantes, elas comparecem ao cartório e avisam que querem parto domiciliar e quando o bebê nasce nós vamos como testemunha do nascimento, ai fazem o registro (N).

Com a persistência da dificuldade de registro do RN, algumas equipes vão desenvolvendo mecanismos específicos de superação. Este é o caso de uma equipe que desenvolveu uma declaração, chamada por elas Declaração do Nascido em Domicílio (DND). Este documento, é uma cópia da DNV. Por falta de acesso a DNV, o documento alternativo é encaminhado ao cartório, junto a outros documentos de registros do parto e do RN, incluindo fotografias. Mesmo com este manejo, as enfermeiras acompanham o casal como testemunhas, para garantir o registro. Esta solução tem sido aceita pelo cartório local:

[...]a gente fez cópia da DNV, o que a gente chama de DND que é declaração do nascido em domicílio, que é igual a declaração do

nascido vivo, temos um pequeno resumo do trabalho de parto e parto, exame físico do bebê, com 3 fotos, geralmente são 3 fotos clássicas e declaração de testemunhas, que a gente já entrega pronta para o casal levar para o cartório, assinatura de duas testemunhas que acompanharam a gestação e o parto (H).

[...]nós criamos a nossa DND, que a Declaração do Nascido em Domicílio, à gente registra tudo, tira foto (J).

O registro do RN em domicílio ainda é um processo complexo, porém, com os esforços dos profissionais, nenhum RN fica sem o Registro Cível, eliminando a possibilidade de subnotificação do registro. Em algumas situações, os enfermeiros descobrem um cartório que não cria obstáculos para o registro e usam este cartório como referência para todo registro.

5 DISCUSSÃO

Nas entrevistas ficou claro que a arte de partejar vai além de uma atividade laboral. Os enfermeiros obstetras acreditam que a atuação no parto domiciliar não está relacionada apenas com uma escolha profissional, mas possui uma maior significância, relacionado a uma vocação que possuíam antes de terem formação acadêmica.

Tal sentido de vocação maior ou sacerdócio, às vezes uma missão familiar passada de mãe para filha que faz parte da tradição da arte de partejar. No passado recente a prática da assistência ao parto, antes vista unicamente como vocação, passa ser percebida de forma profissional, exigindo uma combinação entre a vocação e o conhecimento científico (CARNEIRO, 2008).

Além dos avanços que esta evolução trouxe, também introduziu um afastamento do modelo natural do parto. Para Vargens et. al. (2008) a inserção do parto no contexto hospitalar acabou favorecendo o aumento do número de intervenções, na tentativa de facilitar o processo parturitivo, uma gama de aparatos tecnológicos e medicamentos entraram para o cenário do parto. A atenção ao parto no momento atual é objeto de grande medicalização.

Em algumas situações foi observado que a inquietação com o modelo intervencionista adotado na prática do parto hospitalar, foi despertando nos enfermeiros maior interesse para atuarem no parto em casa. Por perceberem um número significativo de intervenções desnecessárias, os entrevistados foram investindo no resgate do parto domiciliar como modelo de atenção humanizada ao parto.

Para atuação no parto domiciliar muitos enfermeiros entrevistados acreditam que é necessário ter uma experiência prévia de atuação com o parto. De acordo com as falas dos entrevistados, esta experiência não seria necessariamente no parto em casa, mas uma experiência no parto hospitalar. Esta experiência visa capacitar o profissional para atuar nas situações de distocias. De acordo com a resolução do COFEN (223/1999) ao enfermeiro obstetra compete a identificação das distocias obstétricas e tomada de todas as providências necessárias até a chegada do médico, devendo intervir, de conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança de mãe e filho.

No cotidiano dos enfermeiros obstetras que atuam no parto em casa, os desafios e obstáculos, exigências e formas de encará-los são direcionadas de forma diferenciada, de acordo com situações específicas da atuação de cada profissional. Por meio das entrevistas foi possível perceber que o aspecto vocacional é um facilitador importante no processo de enfrentamento das dificuldades encontradas.

O preconceito cultural por parte da sociedade e profissionais de saúde foi descrito pelos enfermeiros como um aspecto desafiador na prática do parto domiciliar. De acordo com os anos de atuação o trabalho de algumas profissionais foi se tornando conhecido, de forma que a atuação foi ganhando maior credibilidade entre grupos sociais. O principal motivo dessa credibilidade é o fato das clientes realizarem uma divulgação informal sobre o sucesso do trabalho, entre amigos, familiares, ou até mesmo na mídia. Com aumento da credibilidade social e o conhecimento entre a rede médica, as profissionais foram conquistando o apreço de alguns médicos, defensores da prática do parto humanizado.

A evolução tecnológica e a sua introdução no modelo de assistência à saúde, contribuiu em muitos aspectos para ampliação da qualidade no atendimento prestado aos clientes. A valorização e a inserção da tecnologia no parto e nascimento criou-se o paradigma de que o parto deve ser um evento sem dor, argumentando ainda que este tipo de nascimento não expõe a mãe e o RN a situações de risco, uma vez que o procedimento está sob o domínio e controle dos ciência, em um sistema hospitalar. Culturalmente, o parto em casa equivaleria abandonar o ambiente hospitalar seguro e permitir-se parir em um ambiente inapropriado e arcaico, de acordo com a concepção da sociedade e profissionais de saúde (KRUNO, 2004).

O resgate do parto domiciliar e sua ascensão na atualidade remete-nos a existência de uma oposição à condição e à concepção dominante na sociedade. Este modelo de atenção ao nascimento reconhece uma maior autonomia do enfermeiro obstetra. Isto não está ligado ao fato de desvincular-se do médico obstetra, e sim as conquistas do espaço de atuação da categoria (GALVÃO; MENEZES, 2011; KOIFFMAN, 2009).

Os entrevistados recebem muitas críticas pela prática do parto em casa, principalmente da classe médica. Os profissionais acreditam que a estigmatização do parto domiciliar dificulta principalmente nos casos em que se faz necessário uma transferência da parturiente para um hospital.

No parto domiciliar deve ser considerado a necessidade iminente de uma transferência hospitalar, podendo ser por uma decisão da mulher ou do profissional, por meio de uma avaliação clínico-obstétrico. Durante o Pré-Natal deve ser desenvolvido um planejamento do parto, pontuando a retaguarda médica

e hospitalar, no caso de se concretizar uma transferência para um parto institucional (COLACIOPPO *et al*, 2010).

Em pesquisa realizada nos Estados Unidos e Canadá, avaliaram 5 418 nascimentos por parto domiciliar planejado. Deste total, apenas 12,1% parturientes foram transferidas para instituição hospitalar, das transferidas a metade ocorreu por solicitação própria, para alívio da dor. Entre as transferências 1,3% por hemorragia ou retenção placentária, considerado pelas Enfermeiras apenas 3,4% com situação de risco potencial para um parto institucional (JOHNSON; DAVISS, 2005).

A colaboração de um médico de “retaguarda”, que apoia diretamente o trabalho, fazendo parte até mesmo de algumas equipes, ocorre no estado do Rio de Janeiro, região metropolitana de São Paulo e Distrito Federal, possuem médicos obstétricos de apoio. Diferentemente, em outros estados, as profissionais trabalham sem apoio de um médico específico para o parto domiciliar, sendo apoiadas informalmente por alguns profissionais, que de alguma forma apoiam o trabalho. Apesar de não fazer parte das equipes de trabalho, estes profissionais acabam auxiliando em situações de transferências e acompanhamento do pré-natal, principalmente na prescrição de medicamentos. Em ambas situações, as pacientes sempre recebem o atendimento adequado, porém uma parceria não oficializada, acaba facilitando o processo, e é por vários motivos preferível.

Em julho de 2012, o Conselho Regional de Medicina do estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) publicou a Resolução 265/12, que veda a participação do profissional médico no parto domiciliar e a participação em equipes de suporte e sobreaviso, previamente acordadas. O CREMERJ determinou ainda que é compulsória a notificação ao CREMERJ, pelos Diretores Técnicos e plantonistas de unidades

hospitalares, do atendimento a complicações em pacientes submetidas a partos domiciliares. O descumprimento desta Resolução é considerado infração ética passível de competente processo disciplinar.

O Conselho Regional de Enfermagem do estado do Rio de Janeiro (COREN-RJ) entrou com liminar na Ação Civil Pública. No dia 27 de julho de 2012 a 2ª Vara Federal do Rio de Janeiro deferiu a liminar ajuizada pelo Coren-RJ, suspendendo os efeitos das Resoluções Nº 265 /2012 do Cremerj, que visavam proibir o médico de atuar nas equipes de parto domiciliares ou de integrar quadros hospitalares de suporte e sobreaviso³.

As usuárias do Sistema Único de Saúde, na necessidade de um atendimento hospitalar, são sempre encaminhadas à rede pública de saúde hospitalar. A transferência para um hospital público, apresenta complicações partindo do ponto que a parturiente sempre é atendida por um médico obstetra desconhecido, sendo o enfermeiro obstetra impedida de dar continuidade ao acompanhamento do parto. Este processo acarreta uma violência institucional, levando esta paciente a uma estigmatização, por vezes dolorosa. Nestes casos, muitas vezes a opção é feita para omitir a tentativa do parto em casa, solução esta que visa esquivar da violência institucional. Esta solução arrisca confirmar a imagem do parto domiciliar, como uma prática insegura ou não autorizada.

Em países como os Países Baixos e o Reino Unido, o parto de baixo risco é assistido por profissionais não médicos (Enfermeiros Obstétricos e Obstetras),

³ Extraído do site: http://corenrj.org.br/site_novo_local/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=1556:liminar-na-acao-civil-publica-do-coren-rj-suspende-resolucoes-do-cremerj&catid=3:materias&Itemid=55, 31/07/2012.

limitando o atendimento médico somente aos partos de alto risco. Nestes países, o parto em casa está inserido no sistema de saúde, sendo um direito de todos. A opção de uma família pelo parto em domicílio coloca todo sistema de saúde em alerta, que em situação de qualquer emergência proporciona o encaminhamento da parturiente ao hospital. As mulheres que optam pelo parto em casa, necessitam comprar os materiais necessários para o trabalho de parto, que posteriormente é reembolsado pelo seguro saúde (VILA, 1999).

A universalidade é um dos princípios do Sistema Público de Saúde no Brasil, porém o parto domiciliar ainda não é oferecido pelo SUS e as mulheres que optam por este tipo de parto, arcam com todos os custos relacionados ao procedimento. No setor privado de atenção a saúde, as seguradoras não cobrem o parto em casa, exceto em casos específicos em que há uma negociação prévia (COLACIOPPO *et al.*, 2010).

Os serviços de saúde no Brasil, ainda estigmatizam as mulheres que optam por um parto em casa. A oposição muitas vezes parte dos gestores, da classe médica e muitas vezes, até mesmo de outros enfermeiros, que dificultam a integração da prática no sistema de saúde de maneira formalizada (COLACIOPPO *et al.*, 2010).

De acordo com as falas dos entrevistados, a falta de integração da prática do parto domiciliar no sistema de saúde, acaba dificultando a aquisição dos medicamentos e materiais que são restritos as instituições hospitalares. Na busca por melhores condições para que as parteiras tradicionais exerçam sua atividade, o MS, através da Portaria Nº 1.459, de 24 de Junho de 2011 (Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha), firmou o compromisso de distribuição e manutenção de Kits para as parteiras tradicionais. Os kits visam

oferecer suporte de material, para que as parteiras tradicionais possam atuar (MS, 2011). No entanto, ainda carece de uma medida similar para dar ao enfermeiro obstetra acesso ao material necessário para um parto domiciliar.

Segundo os entrevistados, a dificuldade de registro do RN, também é um desafio específico de algumas regiões do Brasil. Nos estados do Rio de Janeiro, na região metropolitana de São Paulo e no Distrito Federal, as profissionais conseguem ter acesso à declaração, por meio de um cadastro realizado junto a Secretaria Estadual e Municipal de Saúde.

Nos estados de Santa Catarina, interior de São Paulo, Minas Gerais e Bahia, o acesso a DNV ainda é restrito, uma vez que as profissionais não conseguem efetuar o cadastro junto ao serviço público de saúde. O cadastro é necessário para ter acesso a DNV.

A distribuição da DNV é de responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) , coordenada pela Secretaria Municipal de Saúde. Poderão ter acesso ao formulário da DNV: Estabelecimentos de saúde; Médicos, enfermeiros e parteiras tradicionais reconhecidas e vinculadas a unidades de saúde, que atuem em partos domiciliares, cadastrados pelas Secretarias Municipais de Saúde; Cartório de Registro Civil (MS, 2009).

Durante muitos anos, os RN de parto domiciliar, viviam o dilema da subnotificação do nascimento, uma vez que os partos eram realizados por parteiras tradicionais rurais, que não tinham acesso a DNV para que os pais pudessem efetuar o registro. A DNV era de uso restrito a instituição hospitalar e Cartórios de Registro Civil. A criação da Portaria 116, de fevereiro de 2009, do MS ampliou a distribuição da DNV, facilitando o acesso das parteiras ao documento (DRUMOND *et al.*, 2008; WINCK; BRÜGGEMANN, 2010).

A atuação dos enfermeiros obstétricos no parto domiciliar planejado, é permeada por muitas barreiras, contudo para a superação dos desafios e obstáculos da prática exige de muitos profissionais, resoluções em condição de informalidade. As condições de informalidades são recorridas de forma temporária, trazendo inquietação entre as profissionais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Organização Mundial da Saúde acredita que o melhor ambiente para o parto é aquele em que a mulher se sinta segura. Este ambiente pode ser o domicílio, um Centro de Parto Normal ou um hospital maternidade. A residência é um ambiente seguro para o nascimento, desde que seja uma decisão da mulher e família.

O parto domiciliar planejado pode ser atendido pelo médico obstetra, médico da família, enfermeiro obstetra, obstetriz (Midwife) e parteiras tradicionais. Para o atendimento de um parto em casa, é necessário que este profissional seja capacitado para atuar nas urgências e emergências obstétricas e neonatais, bem como a identificação de distocias obstétricas com posterior encaminhamento para um serviço de referência.

Identificamos que o parto domiciliar planejado está ampliando o seu território de atuação no Brasil. Anteriormente, este modelo de atenção ao parto estava centrado no trabalho das parteiras tradicionais em regiões rurais, diferentemente do modelo atual que tem com cenário os grandes centros urbanos.

Cabe enfatizar que nos últimos anos muitos profissionais tem direcionado a atenção para o parto em casa. Há um crescimento do quantitativo de profissionais que tem ingressado na assistência ao parto domiciliar sendo possível encontrar este tipo de atendimento nas cinco regiões do país, com atuação mais expressiva nas capitais e regiões metropolitanas.

O estudo revelou que a vocação ou missão é um fator relevante na motivação dos enfermeiros obstétras, de forma que em meio a tantos desafios e

obstáculos, os enfermeiros permanecem atuando incansavelmente, criando novos mecanismos de superação a cada dia. Muitos profissionais atendem alguns partos até mesmo sem remuneração, por acreditarem que estas situações são constantes desafios que sempre se repetem, porém os profissionais buscam sempre ampliarem os conhecimentos, produção e publicação de conhecimentos relacionados à sua prática, buscando sempre a troca de experiências, contribuindo um equipe com a outra.

Os enfermeiros obstetras que atendem partos domiciliares buscam resgatar o parto em casa realizado pelas parteiras tradicionais, porém lançam mão do uso do conhecimento científico, associado as práticas culturais. Em todo tempo fazem uma associação das técnicas utilizadas pelas parteiras e as evidências científicas.

Desde a criação das políticas voltadas para atenção ao parto e nascimento, o Ministério da Saúde tem investido no trabalho do enfermeiro obstetra, criando uma série de resoluções que respaldam a atenção ao parto assistido por Enfermeiro. Contudo, a prática atual aponta para a necessidade de avançar, visando soluções definitivas para enfrentar os conflitos ainda existentes.

Os paradigmas relacionados ao parto domiciliar, apresentam situações emocionalmente tensas, que colocam os profissionais em condição de “desbravadores”. Esta condição remete os enfermeiros a grandes desafios na reconquista de um território histórico de atuação. E, muitas vezes é percebido, como se os profissionais atuassem na contra-mão do avanço tecnológico na saúde.

O tempo de atuação na assistência ao parto e a divulgação do trabalho, proporciona o aumento da credibilidade social e profissional. Muitos profissionais

com o tempo de atuação vão alcançando a apreciação de alguns médicos e da sociedade, que passam a respeitar e apoiar o trabalho destes enfermeiros. A divulgação do trabalho parece ser uma via de mão dupla, pois ao mesmo tempo em que o sucesso do trabalho vai sendo divulgado, existe um sistema que busca levantar críticas ao modelo, usando os mesmos meios de divulgação para depreciarem a prática.

Os desafios e obstáculos encontrados na pesquisa apontam para a carência de resoluções específicas que respaldem o profissional que atende o parto em casa. Não existe uma resolução que proíba uma mulher de ter o seu filho em casa, nem que impeça o profissional de realizar este atendimento.

O sistema público de saúde e os convênios no Brasil não cobrem financeiramente o parto domiciliar planejado. Por não possuírem no seu sistema, a possibilidade de oferecerem as suas pacientes um parto em casa, os sistemas de saúde não possuem resoluções específicas para esta modalidade de atendimento. Resoluções estas que amparem este profissional na aquisição de materiais e medicamentos, bem como na tomada de decisão. Como os partos domiciliares são realizados de forma privada, os profissionais são obrigados a articularem e manejarem cada desafio sem uma solução definitiva.

Mas vale ressaltar que na tentativa discutir as situações conflituosas vivenciadas por enfermeiros obstétricas e outros profissionais que atendem o parto domiciliar, nos dias 27 a 29 de julho de 2012, a cidade de Sorocaba - SP, sediou o I Encontro Nacional de Partería Urbana. O evento trouxe como proposta final a criação da "Carta de Sorocaba". Este documento ressalta o protagonismo da mulher como um elemento fundamental para o resgate do parto como um evento cultural. Estimular a criação de novos espaços de atenção ao parto extra-

hospitalar assim como a proteção dos já existentes, dentro de um programa nacional de humanização do nascimento pelo Ministério da Saúde. Uma visão colaborativa e fraterna entre todos os espaços de atenção ao parto, visando uma abordagem integrativa do ato do nascimento e oferecendo uma ampla gama de alternativas para as mulheres.

Finalizando, cumpre-nos assinalar que existem informações e evidências suficientes que fundamentam a proposta de assistência de qualidade à saúde da mulher no processo parturitivo em domicílio. Também, reforça a posição de que são necessárias e urgentes a criação de políticas de saúde que permitam a inserção do parto domiciliar nos sistemas de saúde, público e privado, e ainda a criação de resoluções que amparem o resgate do domicílio como cenário de nascimento, como direito a cidadania brasileira.

REFERÊNCIAS

ACKER, J. I. B.V. et al. As parteiras e o cuidado com o nascimento. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2006, vol.59, n.5, pp. 647-651. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a10.pdf>. Acesso em: 20 de Jun. de 2012.

ALMEIDA, N.A.M. et al. A humanização no cuidado à parturição. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [on line], v. 07, n. 03, p. 355-359, 2005. Disponível em: < <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/892/1077>. Acesso em: 29 de Set. de 2011.

ALMEIDA, D.V. **O ensino da humanização nos currículos de graduação em enfermagem.** 2007. 146 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BARROS, W.L.L. et al. Parto Humanizado: Uma realidade na Casa de Parto? **Rev enferm UFPE** [on line] jan./fev. 5(1):67-74, 2011. Disponível: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1207/pdf_277 . Acesso em: 20 de mar. de 2011.

BATISTA, A. P. **O saber e o fazer das parteiras tradicionais: aprendizagens perpetuadas no espaço doméstico.** 2009. 119 f. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Educação, Curso de Mestrado em Educação. Universidade Católica de Petrópolis, Petrópolis.

BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada.** Tradução de João Ferreira de Almeida. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério. Assistência humanizada à mulher.** Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais [recurso eletrônico] : o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil-BEMFAM, Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2008.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Brasília. O Conselho, 1996.

_____._____. Secretaria de Atenção à Saúde. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais [recurso eletrônico] : o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2010.

_____._____.Lei 11.108, de 7 de abril de 2005. Dispõe sobre a garantia às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. Brasília, 2005.

_____._____. Oito Passos para a Maternidade Segura: guia básico para serviços de saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 1995.

_____._____. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes. Brasília. Ministério da Saúde, 2004.

_____._____. Portaria nº 116 de 11 de fevereiro de 2009. Dispõe sobre a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 2009.

_____._____. Portaria nº 1459 de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. Brasília, 2011.

_____._____.Portaria nº 2815 de 29 de maio de 1998. Dispõe sobre a inclusão Inclusão na tabela do SHI o grupo de procedimento e os procedimentos referentes ao parto normal sem distocia por enfermeiro obstetra inclusive analgesia no parto. Diário Oficial da União. Brasília. 1998.

_____._____.Portaria nº 163, de 22 de setembro de 1998. Dispõe sobre a Regulamentação da realização do procedimento 35.080.01.9 – Parto Normal sem Distocia Realizado Por Enfermeiro Obstetra. Diário Oficial da União. Brasília. 1998.

BRENES, A.C. História da parturição no Brasil, Século XIX. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 7, n.2, 135-149, abril-junho, 1991.

CAMPOS, S.E.V.; LANA, F.C.F. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007, vol.23, n.6, pp. 1349-1359. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n6/09.pdf>. Acesso em: 22 de mar. de 2011.

CARNEIRO, M. **Ajudar a nascer. Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (Século XV – 1974)**. 1ª edição, Porto: Universidade do Porto, 2008.

CAVALCANTE, F.N. et al. Sentimentos vivenciados por mulheres durante trabalho de parto e parto. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 21, n. 1, p. 31-40,

jan/abr 2007. Disponível:<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewArticle/3910>. Acesso em 31 de mar de 2011.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**/ Kathy Charmaz; tradução Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

COLACIOPPO, P. M. et al. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Revista de Enfermagem Referência**. 2010; III(2). Disponível: <http://www.index-f.com/referencia/2010/32-081.php>. Acesso em 09 de maio de 2012.

COURTER, G. **The Midwife**. 2ª Ed. iUniverse, 2003.

DANTAS, C.C. et al. Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2009, vol.17, n.4, pp. 573-579. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_21.pdf , Acesso em: 27 de março de 2011.

DATASUS/SINASC. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) - Brasil 2000 - 2005 [on line] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2007/f08.def>, acesso em março de 2011.

DAVIM, R. M. B.; MENEZES, R. M. P. Assistência ao parto normal domiciliar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n. 6, p. 62-68, nov. 2001.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. 2005, vol.10, n.3, pp. 627-637. Disponível: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>. Acesso em: 27 de Dezembro de 2011.

DRUMOND, E.F; MACHADO, C.J.; FRANCA, E. Subnotificação de nascidos vivos: procedimentos de mensuração a partir do Sistema de Informação Hospitalar. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2008, v.42, n.1, pp. 55-63. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n1/6766.pdf> . Acesso em: 01 de maio de 2012.

GALVÃO, M.L.S.; MENEZES, P.F.A. Parto domiciliar: uma alternativa ao modelo institucional nos centros urbanos. In:619 CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL - COBEON, VII, 2011, Belo Horizonte-MG. **Anais COBEON**, 2011.

GONÇALVES, R.C.; LISBOA, T.K. Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida. **Rev. Katál. Florianópolis**. V. 10, n. esp., p. 83-

92, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v10nspe/a0910spe.pdf>. Acesso em: 23 de março de 2011.

HENWOOD, K.; PIDGEON, N. **A Teoria Fundamentada**. In: Breakwell, G.M et al.(org.) Métodos de Pesquisa em Psicologia. (pp. 340-361). ARTMED, São Paulo, 2010.

HOTIMSKY, S. N. A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto. **Interface (Botucatu)** [online]. 2008, vol.12, n.24, pp. 215-215. ISSN 1414-3283. Disponível: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14112007-082030/>. Acesso em: 24 de março de 2011.

HOTIMSKY, S.N.; SCHRAIBER, L.B. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2005;10(3):639-49. Disponível: www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a20v10n3.pdf. Acesso em: 29 de Out. de 2011.

JANSSEN, P.A., et. al. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. **CMAJ**. 2009; 181 : 377 – 83. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2742137/?tool=pubmed>. Acesso em: 05 de Dez de 2011.

JORGE, D. R. Evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetriz (parteira) no Brasil. Rio de Janeiro, 1972. Tese (Livre-Docência) Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ

JOHNSON, K.C.; DAVISS, B.A. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in north america. **BMJ** 2005; 330:1416. Disponível: <http://www.bmj.com/content/330/7505/1416.full>. Acesso em 15 de maio de 2012.

KITZINGER, S. **The Midwife Challenge**. London: Pandora, 1988.

KOETTKER, J.G. Parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras. 2010. 135 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

KOIFFMAN, M.D. et al. Parteiras urbanas em São Paulo 2005-2008. In:107 CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL - COBEON, VI, 2009, Terezina - PI. **Anais...: COBEON, 2009**

KRUNO, R.B. Parto domiciliar na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. 2004. 105 f. (Dissertação Mestrado em Enfermagem). Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

KRUNO, R. B.; BONILHA, A.L.L. Parto no domicílio na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 396-407, 2004. Disponível: <http://www.lume.ufrgs.br/>

bitstream/handle/10183/23531/000504725.pdf?sequence=1. Acesso em: 30 de abr. de 2012.

LESSA, H. F. **Parto em casa: vivência de mulheres**. 2003. 99f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

MARTINS, C.A.; ALMEIDA, N.A.M.; MATTOS, D.V. Parto domiciliar planejado: assistido por enfermeiro obstetra. *Enfermería Global* [on line] 2012 julho; (27) 312-17. Disponível: <http://revistas.um.es/eglobal/article/download/136391/136371>. Acesso em: 10 de julho de 2012.

MEDEIROS, R.M.K.; SANTOS, I.M.M.; SILVA, L.R. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. **Esc Anna Nery Rev Enferm** [online] 2008 dez; 12 (4): 765-72. Disponível: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20084/20-ART%20.pdf. Acesso em: 30 de março de 2011.

MILBRATH, V. M. et al. Vivências maternas sobre a assistência recebida no processo de parturição. **Esc. Anna Nery** [online] 2010, vol.14, n.3, pp. 462-467. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a05.pdf>. Acesso em: 24 de março de 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª edição. São Paulo: Hucitec; 2008.

NASCIMENTO, N. M., et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc. Anna Nery** [online]. 2010, v.14, n.3, pp. 456-461. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a04.pdf>. Acesso em: 25 de março de 2011.

NASCIMENTO, K.C. et al. A arte de partear: experiência de cuidado das parteiras tradicionais de Envira/AM. **Esc Anna Nery Rev Enferm** [online] 2009 abr-jun; 13 (2): 319 - 27. Disponível: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20092/artigo%2010.pdf. Acesso em: 30 de março de 2011.

ODENT, M. **Água e Sexualidade: A Importância do Parto Ecológico**. São Paulo. Siciliano. 1991.

ODENT, M. **A cientificação do amor**. São Paulo: Terceira margem, 2000.

OLIVEIRA, S.M.J.V. et al . Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Revista Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v. 10, n. 5, p. 667-674, set-out, 2002.

OSAVA, R.H. A assistência ao parto no Brasil: o lugar dos não-médicos. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública, USP, 1997.

OSAVA, R.H.; RIESCO, M.L.G.; TSUNECHIRO, M.A. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2006, vol.59, n.5, pp. 699-702. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a20.pdf>. Acesso em: 30 de set. de 2011.

PEREIRA, A.L.F.; MOURA, M.A.V. Hegemonia e contra-hegemonia no processo de implantação da casa de parto no Rio de Janeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online]. 2009, v.43, n.4, pp. 872-879. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/en_a19v43n4.pdf. Acesso em: 20 de março de 2011

PEREIRA, A. L. F.(org.) Legislação Profissional e Marcos Regulatórios da Prática Assistencial da Enfermeira Obstétrica no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da UERJ, 2010.

PRUDENTE, L.A.R. Indicadores de mortalidade materna em Goiás no período de 1999 a 2005: implicações para enfermagem. 2008. 112 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, 2008.

RANGEL, A.C.; PEGORER, L.F.; VILELA, R. Estridor na sala de parto. **Rev. paul. pediatr.** [online]. 2010, vol.28, n.4, pp. 409-412. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v28n4/a20v28n4.pdf>. Acesso em: 20 de março de 2011.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface (Botucatu)** [online]. 2009, v.13, suppl.1, pp. 595-602. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a11v13s1.pdf>. Acesso em 28 de março de 2011.

REINALDO, A.M.S.; SAEKI, T.; REINALDO, T.B.S. - O uso da história oral na pesquisa em enfermagem psiquiátrica: revisão bibliográfica. . **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 2 p. 55 – 60, 2003. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em: 26 de março de 2011.

RESOLUÇÃO COFEN nº 223/1999, 03 de dez de 1999. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal. [on line]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7053§ionID=34>. Acesso em: 12 de agosto de 2010.

RESOLUÇÃO CREMERJ nº 265/12, 13 de jul de 2012. Dispõe sobre a proibição da participação do médico em partos domiciliares. [on line]. Disponível em: <http://www.cremelj.org.br/legislacao/detalhes.php?id=714&item=1>. Acessado em: 20 de julho de 2012.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia fundamental**. 12ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2011.

RIESCO, M.L.G.; FONSECA, R.M.G.S. Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 685 – 698, mai-jul, 2002.

RIESCO, M.L.G.; TSUNECHIRO, M.A. Formação profissional de Obstetrias e Enfermeiras Obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Revista de Estudos Feministas**. [online] 2002 Jul - Dez; 10 (2): 449 - 59. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14970.pdf>. Acesso em: 28 de set. de 2011.

RIESCO, M.L.G.; TSUNECHIRO, M.A.; BONADIO, I.C. Obstetrix e Enfermeira Obstétrica: revendo sua formação. **Acta Paul Enf**. São Paulo, v. 13, número Especial, Parte II, p. 212-16, 2000.

SANTOS, D. da S.; NUNES, I. M. Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery** [online]. 2009, vol.13, n.3, pp. 582-88. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a18.pdf>. Acesso em: 28 de março de 2011.

SANTOS, H.F.L. Assistência Obstétrica sob a ótica de mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde em Goiânia, Goiás. 2011. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

SILVA, L.M.; BARBIERI, M.; FUSTINONI, S.M. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Rev. Bras. Enferm.** [online]. 2011, vol. 64, n.1, pp. 60-65. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a09.pdf>. Acesso em: 30 de out. de 2011.

SOUZA, K.R.F.; DIAS, M.D. História oral: a experiência das doulas no cuidado à mulher. **Acta Paul. Enferm.** [online]. 2010, v.23, n.4, pp. 493-499. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/08.pdf>. Acesso em: 20 de março de 2011.

STRAUSS, A.L., CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: Técnica e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada**. 2ªed. Porto Alegre: Artmed. 2008

TEIXEIRA, N.Z.F.; PEREIRA, W.R. Parto hospitalar – experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 59, n. 6,p. 740-744, Nov-dez, 2006.

TITALEY, C.R. et al. Why don't some women attend antenatal and postnatal care services?: a qualitative study of community members' perspectives in Garut,

Sukabumi and Ciamis districts of West Java Province, Indonesia. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2010; 10: 61. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2964562/>. Acesso em: 05 de dez de 2011

TYRREL, M.A.R; SANTOS, F.R.P. Assistência à mulher no pré-parto e parto na perspectiva da maternidade segura. **Rev Esc Enferm Anna Nery**, 2005 abr; 9 (1): 46-53.

TORRES, J.A.; SANTOS, I.; VARGENS, O.M.C. Construindo uma concepção de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sociopoético. **Texto&Contexto Enferm**, 2008; 17(4): 656-64. Disponível: www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/05.pdf. Acesso em: 20 de mar de 2011.

TRIVINOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 5ª edição. São Paulo: Atlas, 1998.

VARGENS, O.M.C.; PROGIANTI, J.M.; SILVEIRA, A.C.F. da. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online]. 2008, v.42, n.2, pp. 339-346. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a17.pdf>. Acesso em: 20 de mar de 2011.

VEDAM, S.; GOFF, M.; NOLAN-MARNIN, V. Closing the theory–practice gap: Intrapartum midwifery management of planned homebirths. **Journal of Midwifery and Women's Health**, 52(3), 291–300. Disponível: <http://mountainviewmidwives.com/documents/Closingthetheorypracticegap.pdf>. Acesso em: 30 de Nov; de 2011.

VILLA, T.C.S.et al. A enfermagem no sistema local de saúde na Holanda. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 1999, v.7, n.5, pp. 121-126. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n5/13513.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2012.

WINCK, D.R.; BRÜGGEMANN, O.M. Responsabilidade legal do enfermeiro em obstetrícia. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 maio-jun; 63(3): 464-9. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a19v63n3.pdf>. Acesso em: 13 de maio de 2012.

ANEXO A



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

Av. Universitária, 1089 - Setor Universitário
Cidade Postal 86 - CEP 74805-010
Goiânia - Goiás - Brasil
Fone: (62) 3646.1070 - Fax: (62) 3546.1070
www.proppim.etc.br - pprore@pucgoias.edu.br

Registro CEP 1887/2011

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Projeto, **Desafios e Exigências da Atuação do Enfermeiro Obstetra no Parto Ecológico**, coordenado pelo (a) pesquisador (a) **Diego Vieira de Mattos**. Foi cadastrado no Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (CEP-SGC/PUC Goiás) sob o **CAAE 0137.0.168.000-11**, em 09/09/2011 e **aprovado** em 28/10/2011.

- CEP-SGC/PUC Goiás pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 196/96 (Manual Operacional Para Comitês de Ética em Pesquisa – item 13).
- Informamos que é obrigatória a entrega do relatório de acompanhamento da pesquisa, conforme a categoria de pesquisa realizada, em cumprimento da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.
- Modelo do relatório de acompanhamento da pesquisa se encontra no site do Comitê de Ética <http://www.pucgoias.edu.br/cep> - modelos documentos.

Categorias de pesquisa

TCC: Final da pesquisa
Especialização: Final da pesquisa
Mestrado: Relatório anual e final
Doutorado: Relatório anual e final
Outros: Relatório anual e final


Prof. Dr. José Rodrigues do Carmo Filho
Coordenador do CEP-SGC/PUC Goiás

Goiânia, 28 de Outubro de 2011.

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Meu nome é DIEGO VIEIRA DE MATTOS, sou pesquisador ligado ao Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde da PUC Goiás. Após ler com atenção este documento e ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não sofrerá nenhum dano. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá em contato comigo, no telefone: 62-8559 8462 em ligações a cobrar. Em caso de dúvida sobre seus direitos, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás-PUC GO Avenida Universitária 1.069, Setor Universitário, Goiânia, Goiás, Área IV (Bloco da Reitoria), Caixa Postal 86 - CEP 74605-010. Fone: (62) 3946-1512 Fax: (62) 3946-1070, e-mail: cep@pucgoias.edu.br. Horário de atendimento das 14h às 17h30.

Informações da Pesquisa:

Título: **“O ENFERMEIRO OBSTÉTRA NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO”**.

Os objetivos da pesquisa são OBJETIVO GERAL: Analisar a vivência do enfermeiro obstetra na assistência ao parto domiciliar planejado no contexto social e profissional. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Descrever os desafios e obstáculos na atuação do enfermeiro no Parto Domiciliar Planejado. Refletir sobre o contexto social e profissional vivenciado pelo enfermeiro obstetra na assistência ao parto domiciliar planejado.

Para tanto, faremos entrevistas com os enfermeiros que atuam no parto domiciliar por via internet, usando os programas, Skype ou Messenger. As entrevistas acontecerão após agendamento de data e horário conforme disponibilidade do sujeito, no período entre Janeiro e Maio de 2012. Serão gravadas em formato mp3 e transcritas na íntegra, os sujeitos serão identificados

por pseudônimo a fim de manter o sigilo da identificação e preservar a sua integridade.

Os possíveis riscos relacionados a este estudo estão associados à possibilidade de reações emocionais durante a coleta e análise dos dados, contudo, faz parte do meu compromisso, auxiliar você no direcionamento dos problemas encontrados, por meio da intervenção junto ao diagnóstico situacional, sempre que observado desafios exigências que possam comprometer a sua prática profissional.

Durante todo processo de entrevista, com a finalidade de prevenir possíveis riscos decorrentes da pesquisa, com base nos desafios e exigências que podem ser encontrados, você poderá recusar a responder qualquer questionamento ou deixar de participar da pesquisa em qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Tal medida visa prevenir o risco que a pesquisa possa oferecer. O estudo se dará por encerrado após coletadas informação necessárias para subsidiarem a pesquisa.

Em cumprimento a Resolução 196/96, caso você venha sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação, além do direito à assistência integral ao risco sofrido, você terá direito à indenização. Na ocorrência de qualquer dano, você será acompanhado diretamente por mim, independente da natureza de assistência que necessite, mediante qualquer dano que a pesquisa possa acarretar. Caso seja detectado qualquer tipo de risco, a pesquisa será suspensa imediatamente. Qualquer gasto que você venha ter com a pesquisa, também será ressarcido. Não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação na pesquisa.

Esta pesquisa poderá beneficiar diretamente os Enfermeiros Obstétricos que atuam na prática do parto domiciliar planejado, permitindo o conhecimento e divulgação desta prática.

Configura benefício da pesquisa a divulgação de novos conhecimentos da prática ao parto e nascimento ecológico seguro por Enfermeiras Obstétricas,

como forma de reflexão acerca da qualidade de atenção as parturientes assistidas no parto domiciliar planejado.

Os dados serão armazenados em meu computador e também gravados em DVD durante cinco anos, após esse período serão incinerados juntamente com uma testemunha que não esteja envolvida no estudo.

Informo que após sua autorização, pela assinatura do TCLE e coleta dos dados, independente dos resultados da pesquisa, eles serão divulgados e consecutivamente publicados em periódicos científicos, sendo mantida em sigilo a sua integridade

Este documento previamente assinado por mim e duas testemunhas, será enviado via correios para sua residência e após você assinar o termo deverá encaminhá-lo de volta via sedex a cobrar, para agendarmos sua entrevista. A entrevista só se concretizará após a devolução do TCLE devidamente preenchido e assinado pelo sujeito.

Diego Vieira de Mattos
Pesquisador Responsável

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG nº _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **“O ENFERMEIRO OBSTÉTRA NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO”**.

Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador, Enfermeiro Diego Vieira de Mattos, sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade. Eu recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo e assino.

Eu autorizo a liberação de dados desta pesquisa desde que não identifiquem a minha pessoa.

Assinatura do sujeito participante _____

Local e Data: _____

Eu expliquei a natureza e o propósito do estudo para a participante acima nomeado.

Assinatura do Investigador _____

Goiânia, ___/___/___

Assinatura da Testemunha _____

Goiânia, ___/___/___

Assinatura da Testemunha _____

Goiânia, ___/___/___

ANEXO C**Roteiro de entrevista**

NOME: _____

IDADE: _____ SEXO: _____

NOME DA INSTITUIÇÃO ONDE COLOU GRAU _____

TEMPO DE FORMAÇÃO _____

ESPECIALIZAÇÃO: CITE QUAIS E ANO DE FORMAÇÃO _____

ÁREA DE ATUAÇÃO _____

QUANTO TEMPO ATUA NO PARTO _____

CITE LOCAL DE TRABALHO EM MATERNIDADE:

() PÚBLICA () PRIVADA () AUTONOMA

REGIÃO E ESTADO BRASILEIRO ONDE ATUA: _____

TEMPO DE ATUAÇÃO AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO:

1. Comente sua vivência no desempenho da sua prática - interesse inicial, atuação junto a equipe de saúde. Porque você se interessou em trabalhar com o Parto Domiciliar Planejado?
2. O parto domiciliar planejado esta ganhando território no Brasil, havendo um resgate de um modelo de parto histórico. Sendo assim, quais os desafios e/ou obstáculos que você vivencia na sua atuação junto a este tipo de parto ?
3. Quais as exigências (Clientela, Legal, Mercado de Trabalho, Política) que você encontra no trabalho junto ao parto domiciliar planejado?
4. Com base nos desafios e exigências que você encontra nesta prática, como você supera/soluciona os mesmos ? Quais as soluções?