



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE
NADYEGI POZZEBON SILVA MOULAZ

**PARTO: DE VOLTA PARA CASA,
E BEM ACOMPANHADO!**

ARIQUEMES – RO

2019

Nadyegi Pozzebon Silva Moulaz

**PARTO: DE VOLTA PARA CASA,
E BEM ACOMPANHADO!**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Graduação em
Enfermagem da Faculdade de Educação e
Meio Ambiente, como requisito parcial para
a obtenção do Grau de Bacharela.

Prof^a. Orientadora Esp. Sandra Mara de
Jesus Capelo.

Ariquemes – RO

2019

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Júlio Bordignon – FAEMA

M926p MOULAZ, Nadyegi Pozzebon Silva
Parto: de volta para casa, e bem acompanhado! / por Nadyegi Pozzebon Silva Moulaz. Ariquemes: FAEMA, 2019.
44 p.
Artigo Científico - Bacharelado em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.
Orientadora: Profa. Esp. Sandra Mara de Jesus Capelo.
1. Parto Domiciliar. 2. Parto Normal . 3. Enfermeira Obstétrica . 4. Parto Humanizado. 5. Segurança do Paciente. I Capelo, Sandra Mara de Jesus Capelo. II. Título. III. FAEMA.
CDD:610.73

Bibliotecário Responsável
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro
CRB 1114/11

Nadyegi Pozzebon Silva Moulaz
<http://lattes.cnpq.br/0391492025337169>

**PARTO: DE VOLTA PARA CASA,
E BEM ACOMPANHADO!**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharela.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Orientadora Esp. Sandra Mara de Jesus Capelo
<http://lattes.cnpq.br/7277177050715747>
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof^a. Esp. Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos
<http://lattes.cnpq.br/8411996232888777>
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof^a. Esp. Fabíola de Souza Ronconi
<http://lattes.cnpq.br/6092511123795801>
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 30 de setembro de 2019.

A Deus por me dar forças para enfrentar todos os problemas e conseguir vencer

À minha família pelo apoio e compreensão nos momentos difíceis

Ao meu Esposo por estar sempre presente me apoiando

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Orientadora Sandra Capelo, pela dedicação em todas as etapas deste trabalho.

À minha família, pela confiança e motivação, em especial à minha mãe Elizane Pozzebon, que sempre esteve comigo nos momentos difíceis no período da graduação.

Ao meu esposo Izaque Moulaz, por me apoiar e me incentivar a buscar ser uma profissional melhor.

Às minhas amigas Alice Pinho e Graziela Cutlac que sempre estiveram juntas comigo nesse momento, uma apoiando a outra.

À Coordenadora do curso Thays Dutra Chiarato Veríssimo, por sempre estar presente nos acalmando e nos preparando para que esse dia chegasse.

Ao meu primo de 2º grau Chaules Pozzebon, por ter sido meu fiador, uma ajuda sem a qual eu não teria conseguido chegar até aqui.

A palavra-mulher

Um começo sem pressa
Nadar profundo requer tempo
Tempos Ritmos
Contratempos estão por trás das letras
Lá onde as palavras ainda não tocam
Novo, vazio, criativo
É mergulho, é sentido
Um Útero-mulher: Acolhe, unifica e
gesta uma voz disserta
Palavras paridas na ternura-força do
parto-saber
Que brotam e nascem dentro e por meio
do saber-mulher.

Lu Fonseca

RESUMO

O parto e nascimento foi, até o século XX, um evento natural e domiciliar, vivenciado de modo íntimo e privativo pelas mulheres, e entre mulheres. No entanto, a mortalidade de mães e recém-nascidos era elevada, e houve a inserção do médico cirurgião para maior segurança, o que levou à migração do parto para o ambiente hospitalar. Nesse contexto, tornou-se medicalizado e instrumentalizado, deslocando o protagonismo do processo da mãe para o médico. O aumento desordenado de intervenções passou a ser questionado pelas mulheres, e os procedimentos foram revisitados pelo Ministério da Saúde que editou Política com a finalidade de maior humanização, com destaque para o papel do enfermeiro na mudança. Assim, o objetivo desse estudo foi avaliar a contribuição do enfermeiro obstetra para o retorno à prática de parto domiciliar no Brasil, valendo-se de revisão de literatura em caráter exploratório sobre o tema, na última década. Identificou-se que o parto domiciliar possuía significados religiosos e culturais vivenciados em família e entre amigos que devem ser resgatados. Constatou-se que o enfermeiro assiste ao parto com maior respeito à sua fisiologia e à autonomia da família, com menos intervenções especializadas, mas assegurando os princípios científicos envolvidos, trazendo uma visão e experiência inovadora. Por fim, que o parto domiciliar ainda não é bem aceito no Brasil devido à oposição de outras categorias profissionais que o contra indicam, embora os estudos demonstrem que é tão seguro quanto um parto hospitalar.

Palavras-chave: Parto Domiciliar; Parto Normal; Enfermeira Obstétrica.

ABSTRACT

Childbirth and birth were, until the twentieth century, a natural and home event, lived in an intimate and private way by women, and among women. However, the mortality of mothers and newborns was high, and the surgeon was inserted for greater safety, which led to the migration of labor to the hospital environment. In this context, it became medicalized and instrumentalized, shifting the protagonism of the mother process to the doctor. The disordered increase of interventions came to be questioned by women, and the procedures were revisited by the Ministry of Health, which edited Policy with the purpose of greater humanization, highlighting the nurse's role in change. Thus, the objective of this study was to evaluate the contribution of obstetric nurses to the return to the practice of home birth in Brazil, using the literature review on the subject in the last decade. It was identified that home birth had religious and cultural meanings experienced in family and among friends who should be rescued. It was found that nurses attend childbirth with greater respect for their physiology and family autonomy, with fewer specialized interventions, but ensuring the scientific principles involved, bringing an innovative vision and experience. Finally, home birth is not yet well accepted in Brazil due to the opposition of other professional categories against it, although studies show that it is as safe as hospital delivery.

Keywords: Home Birth; Normal birth; Obstetric Nurse.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
EO	Enfermeiro Obstetra
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
IES	Instituição de Educação Superior
IES	Instituto de Ensino Superior
SUS	Sistema Único de Saúde
ODM	Obejetivos de Desenvolvimento do Milênio
SAMU	Serviço de Apoio Médico de Urgência

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 METODOLOGIA	15
3.1 TIPO DE ESTUDO	15
3.2 COLETA DOS DADOS	15
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	16
3.4 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO.....	16
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	16
4 REVISÃO DE LITERATURA	17
4.1 PARTO DOMICILIAR.....	17
4.1.1 Minha Casa, Minhas Regras	18
4.1.2 A Presença da Família	19
4.2 CUIDADO EMPÍRICO E CIENTÍFICO	21
4.2.1 O parto realizado por parteiras	21
4.2.2 O parto instrumentalizado	22
4.2.3 O parto natural assistido	23
4.3 O ENFERMEIRO OBSTETRA	25
4.3.1 Definição	25
4.3.2 Evolução Histórica	26
4.3.3 A Política Nacional de Assistência ao Parto e Nascimento	28
4.3.4 Linha de cuidado da gestante e Puérpera	29
4.3.5 O Acompanhamento da Gestante pelo Enfermeiro	32
4.3.6 O Acompanhamento do Parto pelo Enfermeiro	34
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37
ANEXO A - PARECER TÉCNICO COREN/SC Nº 023/CT/2016.	42
ANEXO B - RESOLUÇÃO CREMERJ n. 265/12	43

INTRODUÇÃO

A atenção humanizada ao parto refere-se à necessidade de um novo olhar, compreendendo-o como uma experiência verdadeiramente humana, que envolve o saber ouvir, orientar e criar vínculo, para obter resultado em aspectos fundamentais no cuidado às mulheres (POSSATI, et. al. 2017).

Até o século XX, o parto era um acontecimento de natureza íntima e privativo da mulher, compartilhado somente entre mulheres, sendo considerado um fenômeno natural com significados religiosos e culturais, pois o nascimento era celebrado como um evento marcante. Contudo, houve algumas mudanças nessa cultura por conta da evolução médico-hospitalar, e o Brasil precisou implantar políticas públicas aplicadas ao contexto da assistência obstétrica e neonatal para promover partos e nascimentos mais saudáveis (SILVA, et. al., 2018).

Em 1996, o governo pretendeu a prevenção de morbimortalidade materna e perinatal, em que profissionais como médicos e enfermeiros obstetras realizassem procedimentos benéficos à mulher e ao neonato, fugindo de intervenções desnecessárias e preservando a privacidade e autonomia da mulher (ROCHA, et. al., 2017).

Estudos revelam que o foco do enfermeiro obstetra na atenção domiciliar está na gestão dos serviços e na assistência direta. Ele desempenha um papel fundamental atuando na coordenação do plano para os cuidados em domicílio, estabelecendo vínculo entre os usuários e seus familiares. Essa atitude proporciona uma conexão entre a família e a equipe profissional, pois compete ao enfermeiro a habilitação de cuidador familiar, supervisionar os técnicos de enfermagem e identificar qualquer demanda para outros profissionais. Em cuidados no domicílio, ele deve apresentar competências básicas e avançadas para serem sistematizadas (ANDRADE, et. al. 2017).

A Organização Mundial da Saúde não quer eliminar determinadas intervenções, ela apenas quer reduzi-la para serem utilizadas somente em casos necessários e não desnecessários como acontecem no dia de hoje. As intervenções desnecessárias são práticas prejudiciais às mães e aos bebês. No Brasil, o Ministério da Saúde vem trazendo a humanização à assistência ao parto normal, trabalhando na redução de morbimortalidade materna e perinatal (FABRIZZIO, et. al., 2019).

Portanto, a atuação do enfermeiro obstetra é estratégico, e seu papel fundamental é na qualificação dos serviços de saúde e na assistência prestada à mulher em todas as fases de seu processo gestacional, contribuindo assim para melhoria da saúde materna, atingindo a conquista dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (REIS, et. al., 2015).

A enfermagem obstétrica, neste cenário, busca construir os princípios de cuidado para estimular a autonomia da mulher. Ela se dá a própria lei, agindo de maneira soberana sobre si mesma, com condição para a saúde e cidadania, na perspectiva de uma política de saúde que a considere como tal (PEREIRA, BENTO, 2011).

A questão norteadora desse estudo foi: o enfermeiro participará do resgate do parto como um evento fisiológico e natural protagonizado pela mulher, e o devolverá ao domicílio?

O presente estudo buscou avaliar a contribuição do enfermeiro obstetra para o retorno à prática de parto domiciliar no Brasil e, para isso, caracterizou o parto domiciliar, diferenciou o cuidado empírico ao parto domiciliar da assistência profissional especializada e sintetizou a inserção do enfermeiro obstetra no contexto do parto domiciliar, trazendo a evolução histórica de como a enfermagem vem contribuindo para o cenário obstétrico no país com os partos domiciliares especializados.

A pesquisa se justifica frente à realidade obstétrica no Brasil que passa por um processo de redescoberta do parto natural, colocando o enfermeiro como uma peça insubstituível nessa mudança em direção à uma assistência mais humanizada prestada às parturientes.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a contribuição do enfermeiro obstetra para o retorno à prática de parto domiciliar no Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o parto domiciliar;
- Diferenciar o cuidado empírico ao parto domiciliar da assistência profissional especializada;
- Sintetizar a inserção do enfermeiro obstetra no contexto do parto domiciliar.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão de literatura de caráter exploratório sobre a participação do enfermeiro obstetra na retomada do parto domiciliar no Brasil.

3.2 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de 7 de março a 29 de maio de 2019, através de consulta às bases de dados científicas na área da saúde: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados em Enfermagem (BDENF) e Scientific Eletronic Library Online (SCIELO).

Foram empregados os Descritores em Ciências da Saúde: Parto Domiciliar, Parto Normal, Enfermeira Obstétrica. O resultado encontrado se distribuiu conforme a figura abaixo.

Descritores	artigos encontrados	artigos selecionados	artigos utilizados
Parto domiciliar	337	30	20
Parto normal	1.686	20	15
Enfermeiro obstetra	118	13	07

Figura 1. Revisão bibliográfica realizada.
Fonte: elaboração própria.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram considerados os artigos publicados no período de 2009 a 2019, buscando-se caracterizar a abordagem do tema na última década. Foram incluídas as pesquisas publicadas nos idiomas português, inglês e espanhol, compreendendo que seriam suficientes para municiar com as principais discussões na área e no país.

3.4 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Foram excluídos artigos duplicados entre as bases de dados ou idiomas. Ainda aqueles que, embora tratassem de parto domiciliar, não atendiam à delimitação deste estudo.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Atendendo à Resolução MS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, o projeto de pesquisa foi avaliado quanto à necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, de Ariquemes/RO.

Por tratar-se de revisão de literatura, sem acesso direto a qualquer sujeito de pesquisa, não houve a necessidade do encaminhamento, conforme estabelecido na Resolução CNS nº 510.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 PARTO DOMICILIAR

Considerando desde os primórdios, o parto domiciliar sofreu alterações em seus procedimentos. As parteiras, comadres ou curandeiras que exerciam o partejar eram reconhecidas pela comunidade como pessoas de confiança das mulheres. Executavam manobras externas que facilitavam o parto, mesmo sendo de conhecimento empírico, ofereciam bebidas e alimentos e davam apoio psicológico e humanístico (SILVA, et. al., 2018).

O cuidado na gestação e no parto veio sendo transmitindo de geração em geração pelas mulheres, através de relato oral e demonstração gestual. Era um evento vivido no âmbito doméstico por mulheres e seus familiares, que ajudavam no processo do cuidado com a mesma e o recém-nascido (CASTRO, 2015).

Contudo, nem sempre alcançavam bom resultados para a mãe e o bebê, o que motivou a migração do parto domiciliar para o hospitalar, a fim de trazer segurança. Essa migração levou a mudanças na sua abordagem, agora realizada pela medicina obstétrica (FEYER, et. al., 2013).

Essa mudança, no entanto, transformou aquele momento outrora único, esperado e especial, compreendido como um evento natural, íntimo e privado, em um processo massificado no ambiente hospitalar. Os partos que eram feitos em domicílio, assistidos por parteiras, logo deixaram de ser referência, com a crescente escolha pelo parto cirúrgico e a introdução de intervenções médicas que o tornaram mais invasivo e menos humano (ANDRADE, et. al. 2017).

Essa nova preocupação do Estado com o bem-estar das mães e dos bebês foi decorrente da percepção de que os cuidados com a saúde e educação promoveriam proles saudáveis, contribuindo para a riqueza do país. A medicina recomendava às mães que se afastassem de parteiras e curandeiros para que procurassem somente a assistência profissional especializada. Após algumas décadas, as mulheres de classe média alta foram convencidas a realizarem seus partos em ambiente hospitalar, e a partir do ano de 1930, o hospital passou a ser considerado um local seguro e ideal (CASTRO, 2015, p.70).

Entretanto, com a ajuda da ciência e a qualificação, houve também melhorias no cuidado ao parto normal que se tornou mais seguro e humanizado, podendo voltar ao ambiente domiciliar com acompanhamento correto e seguro através de profissionais especializados (ROCHA, et. al. 2017).

Assim, o parto domiciliar voltou a ser planejado por oferecer o conforto de um ambiente aconchegante e familiar, fazendo com que a mulher se sinta mais à vontade por estar em sua casa. O parto, que é um processo fisiológico natural, veio trazendo de volta a autonomia da mulher que por muito tempo foi deixada de lado pela institucionalização dos partos (SANFELICE; SHIMO, 2015).

Foge-se de uma potencial violência obstétrica e busca-se conforto e segurança no lar. Além de ter em seu domicílio uma equipe preparada voltada somente a ela e ao recém-nascido, recebem cuidados no seu ambiente e mantém o vínculo com o companheiro e familiares na chegada do bebê (SANFELICE; SHIMO, 2016).

4.1.1 Minha Casa, Minhas Regras

O parto era uma função culturalmente social, e a mulher comandava a sua vida diária, sendo assim um evento natural. Seu aspecto biológico fez com que tivesse um desfecho do parto onde era regido pelo seu destino até a renascença, onde começaram a surgir as primeiras tentativas de fórcepe ou cesariana (CUNHA, 2012).

A experiência de um parto está relacionada à renovação da vida, configurando um momento singular e intenso na vida de uma mulher. O parto deve ter a mulher no centro da assistência, dando liberdade para sua participação em seu momento de parturição. Com o objetivo de resgatar a autonomia feminina no parto, por volta da década de 1980 houve um movimento feminista, juntamente com a sociedade, que começou a criticar o modelo obstétrico tecnocrático, julgando a assistência prestada durante o parto e nascimento como intervenções desnecessárias (REIS, et. al., 2017).

A autonomia é uma competência humana definida como dar-se suas próprias leis, ou seja, liberdade para escolher, com domínio sobre seu corpo, e com suas regras. Durante o parto a mulher é livre para escolher a posição, quais exercícios

fazer, quem ela quer ao lado, quais profissionais e afins. Contudo, a autonomia busca a democratização de relações entre clientes e profissionais, respeitando a valorização e a diversidade, acima de tudo agindo com ética e responsabilidade (PEREIRA; BENTO, 2011).

A assistência ao parto no Brasil não é homogênea. A maioria dos partos ocorre em ambientes hospitalares, mas os partos domiciliares ainda são assistidos por parteiras tradicionais em nosso país, principalmente no norte e nordeste onde existem áreas rurais, ribeirinhas, florestas e populações indígenas e quilombolas que são de difícil acesso a algum centro de saúde (CUNHA, 2012).

O parto pode ser considerado como um evento transformador na vida da mulher. A humanização no parto não é defendida só por mulheres, mas por movimentos e organizações que se caracterizam pela busca do bem-estar físico e emocional, favorecendo a redução dos riscos e de complicações no parto. É de suma importância o apoio da família, pois contribui para torná-lo um acontecimento singular (ANDRADE, et. al. 2017).

No seu próprio ambiente, a mulher se sente mais à vontade para expressar suas preferências e para determinar as condições que a satisfazem. Conhecedora dos próprios objetos e móveis, solicita e utiliza recursos que podem lhe proporcionar maior conforto. Pode movimentar-se e caminhar sem restrições de espaço e privacidade. Tem acesso à bebida preferida e ao banho quando deseja. O seu lar lhe confere confiança e calor para viver, com apoio profissional, a experiência do nascimento do filho. Na sua casa, as suas regras.

4.1.2 A Presença da Família

Em 1940, a mulher não podia ser acompanhada pelos seus familiares durante seu trabalho de parto em casa, e ficava sozinha durante todo o processo. Somente em 1990 houve um movimento de luta das mulheres contra as intervenções durante o parto, tendo o apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS) e das sociedades que favoreciam e ajudavam a enfermagem obstétrica a prestar assistência em partos domiciliares (QUITETE; MONTEIRO. 2018).

A gestação, o momento do parto e o puerpério são experiências humanamente significativas que têm forte potencial e valor para todos que

acompanham o momento. É uma função da mulher pois o feto, líquido amniótico, placenta e membranas são deslocados e expelidos de seu corpo de maneira fisiológica e mecânica. São eventos sociais e culturais que envolvem a vivência reprodutiva do homem e da mulher, caracterizando-se por ser um processo individual mas também social que abriga o parceiro e familiares, pois o apoio familiar e da comunidade fazem com que a mulher se sinta abraçada e apoiada (MARTINS, et. al., 2012).

O apoio familiar é importante para a parturiente, pois a vivência do parto cria vínculos entre o bebê e a família, além de trazer uma confiança a mais para a mulher dando apoio para que ela não se sinta só neste momento. Há uma expressão dita quando se tem a opção do parto domiciliar: “casal grávido”, fazendo com que o papel seja igual tanto para o pai quanto para a mãe. O pai tem a função de estar ali juntamente com a mãe para criar um vínculo melhor de casal e de pais, trazendo mais humanização e participação da figura paterna (FEYER, et. al., 2013).

Na prática obstétrica a presença do pai durante o parto tem sido visto ainda com um lado preconceituoso, mas seu objetivo é único e muito importante neste momento. Toda gestante tem direito à escolha do acompanhante, seja ele quem for, diante da Lei Federal 11.108/2005. Apesar de a assistência ser totalmente voltada à mulher e ao bebê, deve-se incluir o acompanhante durante a assistência, pois a sua participação traz segurança, comodidade e até distração para um alívio momentâneo da dor sem medicalização (QUITETE; MONTEIRO, 2018).

O acompanhante pode ser um familiar, seja mãe ou esposo, ou até mesmo um núcleo de apoio como melhor amiga, sogra, tia e irmã (VELHO, et. al., 2014). O respeito à mulher influencia em seu processo natural, virando a protagonista principal do momento, participando das decisões relacionadas ao seu corpo e procedimentos a serem feitos. O acompanhante tem um papel fundamental de aliviar a tensão do momento, trazendo mais conforto e aconchego no momento de dor (NASCIMENTO et. al., 2015).

No domicílio há uma oportunidade significativa onde familiares e pessoas podem participar, caso a mulher desejar. Nesse momento acontece a troca de afetividade entre mãe e pai com o recém-nascido, além de fortalecer o vínculo entre o casal, respeitando valores e crenças. A família contribui para uma evolução melhor do parto, trazendo a tranquilidade para que a mulher se sinta bem e consiga liberar ocitocina. O domicílio favorece para que a sensação seja menos dolorosa, ajudando

com menor liberação de adrenalina e mais liberação de endorfinas que são produzidas pelo sistema nervoso central (COLLAÇO, et. al., 2017).

4.2 CUIDADO EMPÍRICO E CIENTÍFICO

4.2.1 O parto realizado por parteiras

A História do desenvolvimento do parto e nascimento apresenta a parteira como elemento principal e responsável pelo processo. Era um emprego dentro do contexto domiciliar realizando práticas humanizadas abrangentes à saúde da mulher. O parto no século XVII era considerado um rito de passagem para as mulheres e não era considerado um ato médico, pois eles não tinham o conhecimento sobre gestação. Com o passar dos anos, no final do século XIX, deu-se início à atuação médica no procedimento de gestar e parir. As consequências de avanços tecnológicos na saúde passaram a ser utilizadas nas mulheres, deixando de ser um evento fisiológico para algo patológico (ARAÚJO, et. al., 2018).

A assistência ao parto prestada por parteiras amadoras, foi liberada no Brasil por volta da década de 1970, onde houve uma aproximação entre os enfermeiros obstetras e obstetras culminando na formação da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras, na década de 1980, determinando os profissionais de enfermagem aptos a prestar assistência ao parto. Em países mais desenvolvidos como o Reino Unido, ainda acontecem partos domiciliares com parteiras, onde o parto e nascimento é adicionado à estatística de parto humanizado (FABRIZZIO, et. al., 2019).

O trabalho das parteiras vai muito além de assistir um parto, pois aconselham, fazem massagens, preparam chás para o tratamento de cólicas, gases e dores. Elas costumam acompanhar desde o período da gestação, cuidando para ver se há risco de intercorrências. Pelo fato de serem parteiras tradicionais que atuam até hoje no meio urbano, sua assistência é menos regular, mas quando acontece é utilizado o “kit parteira” que contém: tesoura, toalhas, álcool e bacia (CARDOSO, NASCIMENTO, 2019).

As parteiras tradicionais não estão incluídas no Sistema Único de Saúde (SUS) e nem tão pouco são reconhecidas como profissionais. Elas realizam uma ação de saúde na comunidade, mas são desvalorizadas. Isso ocorre de forma precária, criando uma situação de isolamento e exclusão, não tendo respaldo e nem apoio diante da atenção à saúde da mulher e da criança que realizam. A maioria das parteiras não recebe capacitação, não tem material para assistência ao parto domiciliar e não são remuneradas pelo seu trabalho (CUNHA, 2012).

No ano de 2000 foi criado o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (PTPT), onde o Ministério da Saúde definiu a parteira como tradicional para prestar assistência ao parto domiciliar com base nos saberes e práticas tradicionais. Essa proposta baseou-se no argumento de que diante de diversidades culturais, geográficas e socioeconômicas do país, foi preciso inserir novas formas de atenção à gestação, ao parto e ao recém-nascido, ou seja, incluindo a parteira tradicional para realizar partos em domicílios (GUSMAN, et. al., 2015).

4.2.2 O parto instrumentalizado

Nos últimos anos, partos foram realizados em trágicas condições no Brasil, o que gerou o Movimento pela Humanização da Assistência ao Parto. São frequentes violências institucionais e práticas de condições desumanizadas, abusando de intervenções como o toque e medicamentos para indução do trabalho de parto, desrespeitando a mulher, o seu corpo e a sua autonomia (KOTTKER, et. al., 2015).

O sistema biomédico colaborou para que a voz da mulher deixasse, aos poucos, de ocupar o papel principal no parto, e as taxas de preferência por parto cesárea avançaram de forma negativa, pois se tornou cirurgia habitual. Nesse ambiente, há falta de suporte psicológico, apoio familiar, conforto e privacidade, comprometido por uma estrutura física que não atende às necessidades do momento, além de situações precárias nas condições de trabalho que acabam afetando os profissionais de saúde (MENEZES, et. al., 2012).

O modelo tem sido questionado por essa perda de autonomia da mulher e da sua capacidade de decisão do que pode ou não ser feito com seu corpo e sua sexualidade, representando uma experiência negativa em sua vida. Em outra frente, a partir do ano de 1990, iniciaram ações para reduzir a taxa de mortalidade materna

assumindo um dos compromisso dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 2004 (NASCIMENTO, et. al., 2015).

Literatura recente investigou alguns métodos não farmacológicos para o alívio da dor no momento do trabalho de parto, apontando os principais como deambulação, massagem, exercícios para relaxamento e respiração, hidroterapia na forma de banho de imersão ou aspersão, e bola suíça. Quando a mulher entra na água aquecida, o calor e sensações de flutuação colaboram para eliminar a tensão muscular tornando as contrações menos doloridas. Ter uma estrutura ambiental favorável ajuda a transformar o parto instrumentalizado em um parto natural (SANFELICE; SHIMO, 2015).

Quando uma mulher fica satisfeita com a assistência de qualidade, ela indica e elogia para outras pessoas, contando sua experiência agradável e recomendando os serviços de saúde. Contudo, se a assistência não for prestada corretamente, certamente ela terá traumas que levará como experiências para as demais pessoas (PEÑA, et. al., 2009). No parto ocorre da mesma forma, e quando a mulher recebe assistência especializada ela se sente segura e confiante com aquele profissional, pois confia em seus cuidados e toda a sua intervenção é considerada correta. Essa é a oportunidade de resgatar a preferência das mulheres pelo parto normal.

4.2.3 O parto natural assistido

Em uma gestação de baixo risco uma mulher pode ter o seu lar como o ambiente ideal para dar a luz, pois ela se sentirá mais segura em seu domicílio, com uma equipe preparada, prestando assistência apoiada em um sistema de referência. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde confirmam que o domicílio é local adequado e seguro para um parto de baixo risco, porém desde que seja uma escolha da mulher e ela queira receber os cuidados obstétricos em sua casa (FRANK; PELLOSO, 2013).

A sociedade brasileira considera que o parto domiciliar, mesmo quando planejado, representa maior risco materno e neonatal. Apesar disso, há comprovação científica de que o parto domiciliar planejado para mulheres de baixo risco obstétrico não são inseguros, ou seja, são tão seguros quanto o parto hospitalar

e deveriam ser uma opção para as mulheres saudáveis, se assim desejassem (LESSA, et. al., 2014).

A Organização Mundial da Saúde, em 1996, desenvolveu uma classificação de práticas utilizadas na condução do parto vaginal e do nascimento baseados em evidência científica. Práticas úteis como direito a acompanhante, escolha da posição e uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor (Quadro 1). Por outro lado, outras a serem eliminadas como a tricotomia, enema e episiotomia. Houve também o incentivo e capacitação para inserir as Enfermeiras Obstetras na atenção ao parto e nascimento (AMARAL, et. al.,2019).

Quadro 1 - Protocolo assistencial utilizando os recursos não-farmacológicos na fase ativa do trabalho de parto

Dilatação cervical	Recurso Terapêutico	Tempo	Técnica
3 – 5 cm	Chuveiro Mudanças de posturas Deambulação Massagem	Mínimo 20 min 15 minutos (cada) Livre Mínimo 30 minutos Durante as contrações	Jato de água morna na região lombossacral e/ou baixo ventre. Decúbito lateral esquerdo, quatro apoio, sentada, ortostática. Quatro eletrodos na região entre T10-L1 e S2-S4. Deslizamento, amassamento e pressão entre T10-L1 e S2-S4.
6 – 7 cm	Chuveiro Banho de imersão Massagem Mudança de posturas Técnica respiratória Relaxamento Associação de recursos	Mínimo 20 minutos Livre Durante as contrações 15 minutos (cada) Durante e entre as contrações Intervalo entre as contrações	Jato de água morna na região lombossacral e/ou baixo ventre. Decúbito lateral esquerdo, quatro apoio, sentada, ortostática. Quatro eletrodos na região entre T10-L1 e S2-S4. Deslizamento, amassamento e pressão entre T10-L1 e S2-S4 Respiração lenta e profunda. Relaxamento muscular progressivo
8 – 10 cm	Banho de imersão Mudança de posturas Técnica respiratória Relaxamento Associação de recursos	Livre 15 minutos (cada) Durante e entre as contrações Intervalo entre as contrações	Jato de água morna na região lombossacral e/ou baixo ventre. Decúbito lateral esquerdo, quatro apoio, sentada, ortostática. Quatro eletrodos na região entre T10-L1 e S2-S4. Deslizamento, amassamento e pressão entre T10-L1 e S2-S4 Respiração lenta e profunda. Relaxamento muscular progressivo

Elaboração própria adaptado de (GALLO, et. al., 2011).

Uma recente revisão da Biblioteca Cochrane indicou a importância da imersão na água no primeiro período do trabalho de parto, reduzindo o uso de analgesia, relaxando e acalmando a mulher. Em partos domiciliares é comum ter uma pequena piscina para o momento do parto, o que ajuda a mulher a se sentir mais segura e confortável, mas a água deve estar em temperatura morna para a chegada do bebê. A utilização de musicoterapia durante esse processo também ajuda a distrair e descontraír. Às vezes alguma música lembra um momento especial do casal ou até mesmo da mãe. Esses métodos são muito válidos para a substituição de analgesia (KOETTKER, et. al., 2018).

A atenção no processo parturitivo, desde o início do trabalho de parto, deve acontecer com respeito na relação entre parturiente, família e profissional. O profissional da saúde se desempenha no cuidado que é desenvolvido durante todo o processo, para que a mulher possa vivenciar o parto de maneira positiva. Os enfermeiros atuam como facilitadores no desenvolvimento da atenção ao parto natural assistido e esse cuidado é indispensável, pois é dirigido à busca de um relacionamento mais humano (SCARTON, et. al., 2015).

4.3 O ENFERMEIRO OBSTETRA

4.3.1 Definição

O enfermeiro obstetra é um profissional habilitado para conduzir um parto normal sem distócia. Em sua atuação é capaz de desenvolver competências e habilidades com segurança e muita técnica. Ele compreende as complexas dimensões que envolvem todo o processo de parir, vendo como um grande evento social influenciando a cultura. Esse profissional teve formação científica e ético-humanística, mais humanista e menos tecnicista, tendo como foco o cuidar (OLIVEIRA, et. al., 2016).

O domicílio/lar é considerado como uma possibilidade para o nascimento no caso de mulheres que se apresentam em plena condição de saúde e que não possuem fator de risco para gerar suporte hospitalar. Os centros de parto normais são os que mais se assemelham com um lar, porém acabam tendo todo suporte

hospitalar na proximidade. Essa assistência, tanto domiciliar quanto hospitalar, só pode ser feita por enfermeiros obstetras ou obstetrizes (BOCHNIA, et. al., 2019).

Pesquisadores internacionais destacaram o empoderamento das enfermeiras obstétricas, resultando em pontos positivos sobre o exercício da profissão, com aumento da autoestima e autoconfiança do profissional, pois presta um serviço com melhor assistência e reconhecido pelos clientes. Quando um enfermeiro obstetra mostra seu conhecimento técnico e as habilidades que tem, ele consegue estabelecer uma boa relação com os demais (SAAD, RIESCO, 2018).

O processo do parto e nascimento teve uma importante relevância na implantação de um modelo chamado assistência segura, comprovados cientificamente. A Organização Mundial da Saúde colaborou apoiando a redução de intervenções desnecessárias para dar continuidade ao trabalho, retomando com o respeito e um atendimento mais efetivo, reduzindo assim a taxa de morbimortalidade materna (AMARAL, et. al., 2019).

A prática da enfermeira requer valores éticos, humanitários e solidários, para construir novas formas de valorização e respeito na sociedade entre profissionais e usuários do serviço de saúde. Ela utiliza-se de tecnologias relacionais e são essenciais para manter maior diálogo com os usuários, ajudando os profissionais a conhecer as expectativas do que se refere à sua prática (SANTOS, et. al., 2016).

A inclusão do enfermeiro no auxílio obstétrico tem crescido de forma que facilite a implantação de um atendimento mais humanizado. A mulher vai em busca da sua autonomia diante do parto, optando por conhecer seus direitos, para que os profissionais busquem métodos não intervencionistas desnecessários. O parto domiciliar é uma opção adequada, pois o enfermeiro obstetra tem total conhecimento para propor uma assistência correta e segura (SOUZA, SANTO, 2011).

4.3.2 Evolução Histórica

Os únicos profissionais não médicos que podem realizar o parto normal são os enfermeiros obstetras e/ou obstétrico e as parteiras tituladas no Brasil até 1959, que realizavam os partos também de forma amadora. Estudos mostram que a assistência prestada por estes profissionais associa-se com menores taxas de

intervenções e maior satisfação entre as mulheres. Isso ocorre porque estes profissionais respeitam o espaço da mulher e sua autonomia, fazendo com que ela exerça o direito de participar de decisões sobre o seu corpo ou saúde, e sobre a via de parto que deseja, tornando esse momento inesquecível e especial (NASCIMENTO, et. al., 2015).

A organização Mundial de Saúde enfatiza que o objetivo da assistência humanizada é promover menos intervenções possíveis, trazendo segurança à mãe e ao bebê, valorizando todo processo fisiológico natural da mulher, sem desrespeitá-la, orientando e informando conforme mudanças sejam tomadas. Destaca-se que a mãe tem que estar por dentro de tudo que está acontecendo, participando ativamente de todo o processo de parturição (VELHO, et. al., 2015).

A identificação das práticas culturais e rituais pode ser o elemento para que os profissionais possam prestar esse tipo de assistência aprofundando os aspectos clínicos entre o profissional e cliente e também a cultura da família, ajudando a se situar e obter seu papel social. Diante disso os enfermeiros demonstram zelo e cuidado com cada paciente, para que esse vínculo não venha a beneficiar só a paciente, mas também o profissional para ter a liberdade e confiança necessárias para realizar suas condutas (FEYER, et. al., 2013).

Diversas pesquisas apontam sobre o aumento de dúvidas das mulheres durante a gravidez, sendo o mais frequente o parto, que constitui uma das partes mais perturbadoras. Muitas mulheres sentem medo desse momento, pois algumas já experimentaram abusos, maus-tratos, desrespeito ou alguma negligência durante a assistência prestada em unidades de saúde. Com essas intercorrências, acaba-se violando a confiança das mulheres com os profissionais, desestimulando-as na procura dos serviços de assistência obstétrica (SANFELICE, SHIMO, 2015).

A atenção domiciliar requer atenção profissional qualificada, pois é uma estratégia anti-intervencionista, exigindo mobilização e competências específicas, principalmente para manter uma relação interpessoal para atuar com os usuários, familiares e equipe de saúde. O trabalho da assistênica domiciliar representa uma diversidade e complexidade específicas que exigem a experiência do profissional, pois ele busca qualificação para atender no domicílio (ANDRADE, et. al., 2017).

4.3.3 A Política Nacional de Assistência ao Parto e Nascimento

O governo brasileiro apoia a assistência humanizada à mulher durante o parto, diante disso há a necessidade de conhecimento das mulheres sobre a assistência disponível e seus direitos de escolha, tendo embasamento científico para fornecer-lhe maior confiança e segurança, auxiliando em sua autonomia no momento do nascimento. Elas precisam ter acesso à um embasamento teórico para refletir sobre a assistência recebida. A participação delas no processo educativo cria vínculo entre elas e os profissionais, adquirindo confiança e favorecendo vivenciar uma gestação mais tranquila, criando vínculo entre mãe e bebê (VELHO, et. al., 2014).

As diferenças socioeconômicas, culturais e geográficas, acabam exigindo do país uma escolha de diferentes modelos de atenção à saúde da mulher e da criança, e a instalação de políticas públicas que acolham as especificidades de cada realidade, onde procuram considerar o princípio da integridade e resgatar a dívida histórica que existe em relação às mulheres e crianças assistidas por parteiras tradicionais (CUNHA, 2012).

A Estratégia Saúde da Família tem como objetivo orientar as gestantes durante o pré-natal sobre os tipos de parto, riscos, benefícios, serviços disponíveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e seus direitos. Um dos fatores que mais influenciam na escolha ou via de parto é sem dúvida uma equipe treinada e capacitada, onde não haja dúvidas e falhas durante o processo da gestação, para que toda gestante sinta-se confiante e segura sobre suas escolhas, sem medos e incertezas (PINHEIRO, et. al., 2016).

A prática do parto domiciliar planejado teve grande procura em centros urbanos, mesmo tendo acesso fácil ao serviço de saúde hospitalar. Essa procura se deu por motivos de descontentamento com o modelo atual de atendimento, como violência obstétrica, intervenções desnecessárias e práticas não humanizadas. Com o parto domiciliar tivemos resultados positivos como a taxa reduzida de internações, cirurgia cesariana e traumas com usos farmacológicos abusivos (KOETTKER, et. al., 2015).

No dia 27 de dezembro de 2007, foi criada no Brasil a Lei nº 11.634, onde toda gestante tem direito ao conhecimento da maternidade e como receberá assistência pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tendo referência sobre os serviços

prestados, e seus direitos como cidadã, garantindo um leito obstétrico no momento parturitivo (RODRIGUES, *et. al.*, 2015).

Segundo o parecer técnico do COREN-SC 023/CT/2016, existem critérios para realizar um parto domiciliar, que são gestações de baixo risco e gestante sem doenças conhecidas. Os critérios de exclusão são gravidez de alto risco, com doenças respiratórias, cardiopatológicas, doenças sexualmente transmissíveis, entre outras. O parto deve acontecer de forma segura, e cada profissional e gestante vai identificar quais as possibilidades e vias de parto acessíveis mediante sua saúde, não podendo ser realizado nenhum tipo de parto normal/domiciliar de risco (Anexo A).

O Ministério da Saúde diz em seu livro de Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto que as gestantes de baixo risco podem escolher um parto domiciliar, porém ele não está disponível no Sistema Único de Saúde, por isso não é recomendado. Contudo, não devemos deixar de encorajar o planejamento do parto domiciliar, desde que tenham acesso em tempo curto a uma maternidade caso ocorra alguma intercorrência e precise de uma transferência (Ministério da Saúde, 2017).

No ano de 2012, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) publicou as resoluções 265 e 266, onde proibiu a participação do médico em partos domiciliares. As resoluções consideram o artigo 18 do Código de Ética Médica, pois visam proteger as mães e bebês de mortalidade. Para a medicina, o ambiente domiciliar não é seguro para se realizar o parto, punindo médicos por prestar assistência domiciliar (CREMERJ, 2012). No entanto, no início do mês de setembro de 2014, a justiça anulou a resolução que punia os médicos caso atendessem partos em casa, proibindo também a entrada de doulas e parteiras nos ambientes hospitalares (CREMERJ, 2014)(Anexo B).

4.3.4 Linha de cuidado da gestante e Puérpera

A atenção no pré natal é iniciado pelo profissional de enfermagem. Essa consulta permite o acolhimento dessa gestante e seu acompanhante desde o diagnóstico (Figura 2). Neste momento todas as dúvidas dela são esclarecidas, fazendo com que ela fique informada e calma, para que se sinta à vontade e queira voltar na próxima consulta. Um pré-natal bem feito e acolhido resulta em uma

gestação melhor para ela e muito bem informada, pois é nesse momento do pré natal que se identifica a classificação de risco dessa gestação e qual via de parto é possível para ela (SÃO PAULO, 2010).

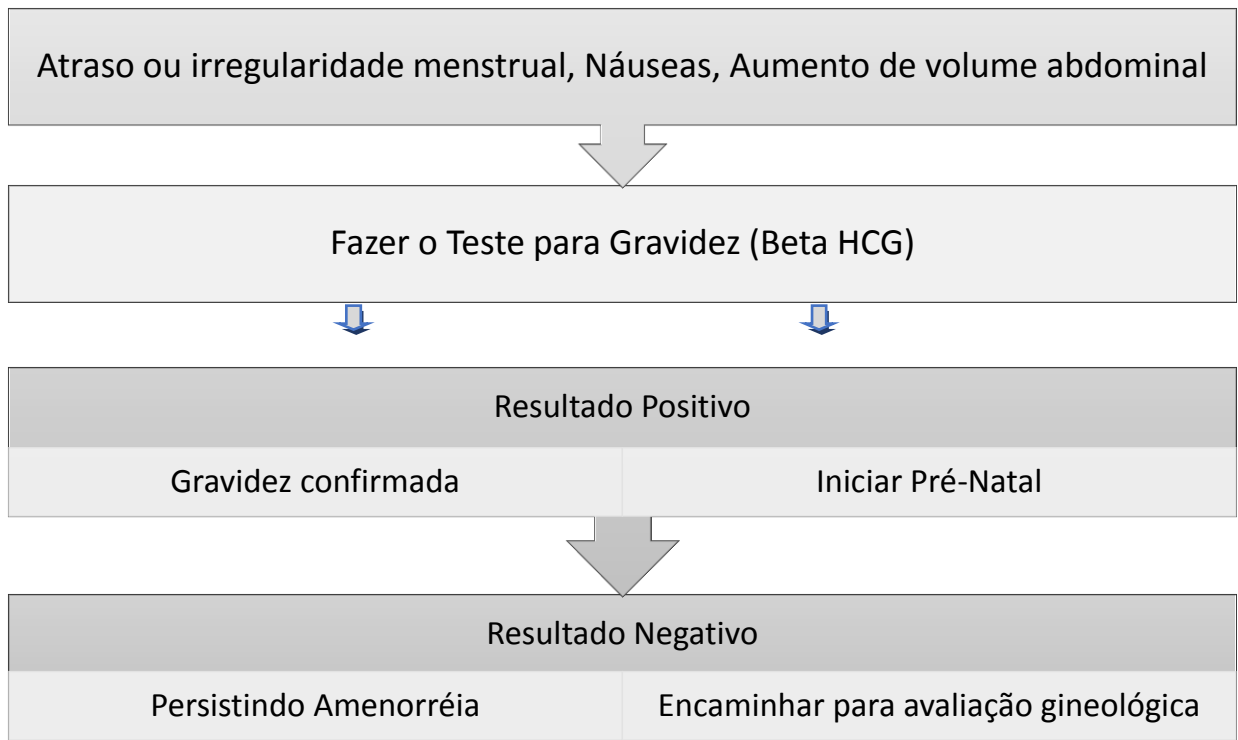


Figura 2. Fluxograma do diagnóstico de gravidez

Fonte: Elaboração própria, adaptado do Protocolo da Saúde da Mulher 2016.

É importante que as boas práticas sejam baseadas em evidências para que possam trazer benefícios e diminuir os agravos impactantes na assistência mal realizada. O cuidado obstétrico é planejado dentro de uma linha de cuidado voltado para a qualidade, pois é valorizado o cuidado em saúde, trabalhando na redução de momentos adversos (PEREIRA; BENTO, 2011).

Para uma assistência segura, deve-se adotar protocolos para que possam ser seguidos, como a identificação do paciente, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, comunicação entre os profissionais e outros. O monitoramento é uma ferramenta de melhoria para que possam ser identificados os erros cometidos a fim de melhorar o cuidado prestado (RAMOS, 2016).

Ao implantar as práticas de humanização recomendadas pela Organização Mundial de Saúde, os enfermeiros obstetras passaram a utilizar técnicas favoráveis na atenção às parturientes, tais como: condutas não farmacológicas para o alívio da

dor e a evolução fisiológica do trabalho de parto. No momento de parturição identifica a importância dos avanços científicos e tecnológicos atuais, mas acabam resgatando valores e modelos históricos de parir, voltando-se para o ambiente domiciliar como um local seguro e confortável para o parto. O enfermeiro obstetra aponta para a evolução do parto domiciliar planejado, com práticas menos intervencionistas fazendo com que a evolução fisiológica aconteça de forma tranquila e natural, na residência da parturiente, em um ambiente seguro e propício para dar à luz (MATTOS, et. al., 2016).

A assistência humanizada prestada são conjunções essenciais para que as ações de saúde identifiquem os problemas diante da satisfação das usuárias, obtendo seu fortalecimento e empoderando seus direitos e valores. Durante o trabalho de parto a mulher deve se sentir segura, ser amparada para que possa minimizar seus medos e anseios. Diante da confiança no profissional, a parturiente acaba promovendo um sentimento de segurança através dos cuidados prestados, pois percebe que está em boas mãos e que seu filho também será bem cuidado (MARTINS, et. al., 2012).

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal do Ministério da Saúde, publicadas em 2017, incentivam as melhores práticas, já mencionadas, na assistência ao parto normal. A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) indicou que não há diferenças relacionadas à morte materna e neonatal comparando partos domiciliares aos partos hospitalares. Entretanto, como ainda não há sua disponibilidade no Sistema Único de Saúde, não é recomendado, mas não se deve deixar de abordar e encorajar (BOCHNIA, et. al., 2019).

Na atenção básica existem frases que não é possível evitar, pois estarão lado a lado com a mulher durante toda a gestação até o puerpério. As frases são: Planejamento da Gravidez, Diagnóstico da Gravidez e Rotinas de Atenção ao Pré-Natal. É direito da mulher planejar a gestação e ser preparada para este momento, pois durante o pré-natal ela poderá acompanhar tudo sobre sua gestação, como está sua saúde mediante exames e como está evoluindo seu bebê (SÃO PAULO, 2010).

Hoje em dia temos também o Plano de Parto sendo um item de valorização da atenção ao parto, feito pela gestante com o médico/a ou o profissional que irá conduzir o parto a fim de realizar uma assistência mais harmônica com a gestante.

Nesse Plano de Parto a gestante pode colocar algumas sugestões do que ela quer, como musicoterapia, nível de luz no ambiente, climatização, o acompanhante escolhido, alimentos e entre outros. No entanto, nem todos os centros de saúde aceitam esse documento, porém ele é um direito de toda mulher (CORTÉS, et. al., 2015).

No Brasil, apesar da modalidade parto domiciliar não ser tão comum e aceita, estudos indicam baixas taxas de intercorrências e transferências para centros hospitalares. É necessário investir nessa prática avaliando criticamente os resultados das intercorrências ou indicações de transferência das mulheres para um centro de saúde durante esse atendimento. Contendo uma equipe e um hospital mais próximo disponível para receber essa mulher caso ocorra alguma intercorrência, as indicações de transferência geralmente são casos de hemorragia ou mudança de via de parto para cesárea. O veículo da transferência para uma mulher sem risco pode até ser no carro da família, mas se for com risco e urgência o Serviço de Apoio Médico de Urgência (SAMU) é acionado para fazer o transporte, com equipamentos de urgência, e uma das enfermeiras da equipe para fazer o acompanhamento do atendimento pré-hospitalar (KOETTKER, et. al., 2017).

4.3.5 O Acompanhamento da Gestante pelo Enfermeiro

O acompanhamento da gestante pelo enfermeiro requer toda atenção no processo parturitivo, que desde o pré-natal deve preservar o respeito e a consideração entre o profissional, família e parturiente. O seu cuidado tem desempenhado um papel fundamental na vida da mulher, e tem como objetivo oferecer cuidado e zelo de forma positiva. Os enfermeiros são facilitadores no desenvolvimento assistencial, com seus cuidados totalmente voltados à mulher no processo parturitivo, caminhando em busca de um relacionamento mais humanístico, possibilitando a ela ter controle sobre o seu corpo para conseguir entender cada fase do parto, se manifestando livremente (SCARTON, et. al., 2015).

Apesar de o parto domiciliar ser uma prática reconhecida em diversos países como Holanda, Canadá e Austrália, no Brasil ainda é uma modalidade prematura. As estatísticas mostraram que praticamente 98% dos partos acontecem em centros de Saúde. No percentual restante estão inclusos os partos ocorridos em domicílio ou

em trajetos fora do domicílio, não planejado. Isso mostra que em nossa sociedade atual, os partos assistidos em domicílio pelos profissionais especializados ainda são discretos (SANFELICE; SHIMO, 2015).

Atualmente no Brasil, mulheres que escolhem o parto domiciliar são conhecidas como irresponsáveis e seguidoras de um modismo. Os profissionais da área são perseguidos e quase não recebem incentivos. Uma sociedade nada compreensível que questiona a escolha da mulher optar pelo parto domiciliar abdicando da modernidade, tecnologia e segurança hospitalar, tais como maternidades atuais (SANFELICE; SHIMO, 2014).

Algumas publicações nacionais apontam para resultados favoráveis no parto domiciliar, como a redução da transferência hospitalar, traumas perineais, cirurgia cesariana e o uso desnecessário de medicações. No parto domiciliar a mulher tem livre escolha para parir conforme ela se sentir mais confortável, após o nascimento ter o contato pele a pele com o bebê para estimular na primeira hora de vida a amamentação, tendo a oportunidade de usufruir de uma assistência obstétrica científica e natural (SANFELICE; SHIMO, 2015).

É importante ter o suporte dos profissionais da saúde, pois oferecem um cuidado mais científico durante o processo. São eles que sempre estão próximos, preocupados, cuidando da parturiente fazendo com que crie laços afetivos de confiança, trazendo o conforto no momento do cuidado. Os profissionais da área obstétrica têm feito diminuir as altas taxas de intervenções e cesarianas, trazendo os cuidados científicos e o olhar humanístico à mulher (SANFELICE, et. al., 2014).

O parto é de fato um momento marcante na vida de qualquer mulher que sonha em ser mãe, especialmente porque ela idealiza esse momento como especial. Com ele os medos e dúvidas também surgem, mas resulta em alegria quando o contato físico e visual com o neonato acontece. Mas isso não torna dispensável as orientações que devem ser dadas quanto ao processo, principalmente em mulheres primíparas (SCARTON, et. al., 2015).

Ter um parto normal em casa representa uma modalidade atual na sociedade brasileira, embora não sejam tantos comparados aos partos hospitalares. Há um debate sobre os partos domiciliares por diversos profissionais, com destaque na segurança de todo o processo. Diversas literaturas relacionadas ao cenário obstétrico e neonatal apresentam resultados positivos e favoráveis ao parto domiciliar, com riscos reduzidos como os hospitalares e com maiores índices de

satisfação materna. Mulheres que andam descontentes com o modelo obstétrico da atualidade têm lutado contra a violência obstétrica e optado por um parto mais humanizado com profissionais especializados na área (SANFELICE; SHIMO, 2014).

4.3.6 O Acompanhamento do Parto pelo Enfermeiro

A assistência de enfermagem desenvolve respeito, amor ao próximo e eleva a autoestima das usuárias. O momento de parturição é muito importante na vida de uma mulher, pois ela se encontra vulnerável e sensível devido às dores físicas e emocionais, com isso o medo e a insegurança do processo de parto acabam trazendo a ansiedade, principalmente em mães primíparas. Por isso o papel da enfermagem tem muita importância, seu diálogo e cuidado ajudam nesse momento de tensão (SILVA, et. al., 2015).

A dor do parto é intensa e cada mulher tem sua experiência, ela pode sofrer por influências comportamental, motivacional, cultural, orgânica ou por conta da constituição genética e o estresse, fazendo com que aumente ou diminua endorfinas e as libere ou não. Muitos casos trazem experiências negativas compartilhadas sobre o parto, atingindo crenças e significados de que o parto é doloroso. Muitas vezes os enfermeiros dão apoio e suporte emocional às mulheres, para que assim possam ter um parto tranquilo e positivo (ARAÚJO, et. al., 2018).

A humanização da assistência à mulher é um processo de parturição que é totalmente voltada à mulher e sua família, auxiliando em suas necessidades específicas que vão além de questões biológicas, abrangendo cuidados de condições sociais, educacionais, éticas e mentais presentes nos relacionamentos humanos. As políticas públicas de saúde acentuam o fortalecimento dessas mulheres diante de suas demandas de saúde, exigindo seus direitos na promoção do autocuidado, buscando por melhorias na qualidade de vida da mãe e bebê (MATTOS, et. al., 2016).

A essência do cuidado é, sem dúvida, o cuidado de enfermagem, onde se realizam técnicas e procedimentos com uma visão científica e humanizada, se baseando na sensibilidade e fragilidade do outro ser. No trabalho de parto a enfermeira incentiva mais do que nunca a sua participação ativa como uma mulher de autonomia e garra, superando quaisquer medos e inseguranças, ajudando a

adquirir força e lhe deixando ser a peça principal desse momento (CASTRO, et. al., 2018).

O enfermeiro busca prestar assistência de forma capacitada, baseada nos cuidados científicos estimulando a fisiologia da mulher. A vivência com respeito e ética é fundamental para um enfermeiro obstetra, respeitando a decisão e os direitos da parturiente. A autonomia da mulher ocorre em acordo com a equipe, no momento de seu parto com o profissional presente ao seu lado dando todo o suporte para que o nascimento ocorra de forma natural e segura (PEREIRA; BENTO, 2011).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O parto domiciliar vem evoluindo com o passar dos anos, através de recursos tecnológicos e métodos naturais baseados em estudos científicos. Contudo, no Brasil, o parto domiciliar ainda é um assunto pouco falado, devido ser um procedimento ainda não realizado através da rede pública, pois requer mais profissionais capacitados e disponíveis fora do ambiente hospitalar, além de impedimentos relacionados à reserva de mercado da equipe médica.

O estudo permitiu verificar o quanto a Enfermagem pode realizar em âmbito domiciliar com assistência cientificamente aprovada e com métodos naturais não invasivos para assistir ao parto e nascimento. Pode oferecer cuidado humanizado e seguro, a fim de promover um parto natural saudável sem intervenções desnecessárias.

A mulher, nesse momento, é a peça principal para que esse processo aconteça de forma fisiológica. Cada mulher e bebê têm o seu tempo, por isso o profissional deve estar capacitado para aguardar e assistir às fases do parto, respeitando o processo natural, mesmo quando implica em horas de permanência junto à família.

Essa tem sido uma das grandes contribuições do enfermeiro para a volta do parto para o domicílio, pois está habilitado e mais familiarizado com o cuidado permanente ao lado do paciente, adaptando-se mais facilmente ao ambiente doméstico e mais inclinado à aceitação da participação da mulher e sua família no nascimento.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. M., et. al., Atuação do Enfermeiro na Atenção Domiciliar: uma Revisão Integrativa da Literatura. Belo Horizonte-MG, **REBEn**, 2017, p. 211-213.

AMARAL, R. C. S., et. al.. A Inserção da Enfermeira Obstétrica no Parto e Nascimento: obstáculos em um Hospital de Ensino no Rio de Janeiro. Petrópolis-RJ, **Escola Anna Nery**, 2019, pg. 2-3.

ARAÚJO, A. S. C., et. al.. Métodos não Farmacológicos no Parto Domiciliar. Recife-PE, **Rev. de Enfermagem da Universidade Federal do Pernambuco**, 2018, p.1092.

BOCHNIA, E. R., et. al., Atuação do Enfermeiro Obstetra no Parto Domiciliar Planejado. Curitiba-PR, **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, 2019, p.2.

CUNHA, A. A., A Controvérsia do Parto Domiciliar, Rio de Janeiro-RJ. **Rev. Femina**, 2012, p.254.

COLLAÇO, V. S., et. al.. O Significado Atribuído pelo Casal ao Parto Domiciliar Planejado Assistido pelas Enfermeiras Obstétricas da Equipe Hanami. Florianópolis-SC, **Revista Texto Contexto Enfermagem**, 2017, p.2.

CREMERJ. Nota Oficial do Cremerj sobre Parto Domiciliar. Rio de Janeiro-RJ, 2012. Disponível em: <<https://www.cremerj.org.br/informes/exibe/1173>>. Acesso em 07/09/19.

CREMERJ. Resolução n. 265/12. Dispõe sobre a proibição da participação do médico em partos domiciliares. Rio de Janeiro-RJ, 2012. Disponível em: <<https://www.cremerj.org.br/resolucoes/exibe/resolucao/1354>> Acesso em 07/09/19.

CREMERJ. Justiça Anula Resolução que Proibia Parto em Casa. Rio de Janeiro-RJ, 2014. Disponível em: <<http://www.cremerj.org.br/clippings/exibe/73847;jsessionid=97RhvRV5DpMSj22Sn9VnyXiH.undefined>>. Acesso em 07/09/19.

CASTRO, C. M. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo-SP, **Caderno Saúde Coletiva**, 2015, p.70.

CARDOSO, M. A. S., NASCIMENTO, R. O dom e a dádiva entre parteiras do Amapá: uma abordagem etnográfica. Amapá-AP, **Revista Saúde Social**, 2019, p. 238-239.

COREN-SC. Parecer Técnico. Parto Domiciliar Planejado. Santa Catarina, 2016, Disponível em: <<http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/PT-023-2016-Parto-Domiciliar-Planejado.pdf>>. Acesso em 12/08/2019.

CORTÉS, M. S., et. al. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. Murcia – Espanha, **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2015, p.2.

FRANK, T. C., PELLOSO, S. M. A Percepção dos Profissionais sobre a Assistência ao Parto Domiciliar Planejado. Maringá-PR. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. 2013, p.23.

FEYER, I. S. S., et. al. Rituais de Cuidado Realizados pelas Famílias na Preparação para a Vivência do Parto Domiciliar Planejado. Florianópolis-SC. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2013, p.880-881.

FABRIZIO, G., et. al. Práticas Obstétricas de uma Parteira: Contribuições para a Gestão do Cuidado de Enfermagem à Parturiente. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, 2019, p.2.

GALLO, R. B. S., et. al. Recursos Não-Farmacológicos No Trabalho De Parto: Protocolo Assistencial. **FEMINA**, Ribeirão Preto – SP, 2011, p.43.

GUSMAN, C. R., et. al. Inclusão De Parteiras Tradicionais No Sistema Único De Saúde No Brasil: Reflexão Sobre Desafios. **Revista do Panama em Salud Publica**, Palmas – TO, 2015, p.365.

KOETTKER, J. G., et. al. Comparação de Resultados Obstétricos e Neonatais entre Primíparas e Multíparas Assistidas no Domicílio. Florianópolis-SC. **Ciencia y Enfermeria**, n. XXI, 2018, p.2.

KOETTKER, J. G., et. al. Resultados Maternos dos Partos Domiciliares Planejados Assistidos por Enfermeiras da Equipe Hanami no Sul do Brasil, 2002-2012, Florianópolis-SC, **Texto Contexto Enfermagem**, 2017, p.3.

KOETTKER, J. G., et. al. Comparação de Resultados Obstétricos e Neonatais Entre Primíparas e Multíparas Assistidas no Domicílio. Florianópolis–SC, **Revista Ciencia Y Enfermeria**, n. XXI, 2015, p.115.

LESSA, H. F., et. al. Informação para a Opção pelo Parto Domiciliar Planejado: Um direito de Escolha das Mulheres. Rio de Janeiro–RJ, **EEAN**, 2014, p.666.

MENEZES, P. F. A., et. al. A situação do parto domiciliar no Brasil. Salvador–BA, **Revista Enfermagem Contemporânea**, 2012, p.4.

MARTINS, C. A., et. al. Parto Domiciliar Planejado: Assistido por Enfermeiro Obstetra, Goiânia–GO. **Revista Enfermería Global**, 2012, p.313-315.

MATTOS, D. V., et. al., O Enfermeiro Obstetra no Parto Domiciliar Planejado, Recife – Pe, **Revista de enfermagem da Univerdidade Federal do Pernanbuco**, 2016, p.568.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto, Brasília – DF, 2017, p.14. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

NASCIMENTO, R. R. P., et. al., Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas, Campo Grande-MS, Rev. **Gaúcha de Enfermagem**, 2015, p.120.

OLIVEIRA, J. D. G., et. al., Percepção de Enfermeiros Obstetras na Assistência à Parturiente, Recife – PE, **Revista de Enfermagem da Universidade Federal do Pernambuco**, 2016, p. 3868.

POSSATI, A. B., et. al., Humanização Do Parto: Significados E Percepções De Enfermeiras, Pelotas-RS, **Esc. Anna Nery**, 2017, p.3.

PEREIRA, A. L. F., BENTO, A. D., Autonomia no Parto Normal na perspectiva das Mulheres Atendidas na Casa de Parto, Rio de Janeiro – RJ, **Rev. Fene**. Fortaleza, 2011, p.472.

PINHEIRO, T. M., et. al., Fatores Que Influenciam Na Indicação Da Via De Parto, Goiânia – GO, **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, 2016, p.2067.

PEÑA, Y. F., et. al., Satisfação Materna com o Cuidado da Enfermeira Materno-Infantil em Campeche- México, **Rev Latino-am Enfermagem**, 2009, p.2.

QUITETE, J. B., MONTEIRO, J. A. M. B., A Participação Do Pai No Parto Domiciliar Planejado: Um Ato Significativo Para A Mulher, Rio de Janeiro – RJ, **Revista de enfermagem Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, 2018, p.2.

RAMOS, W. M., Assistência da Enfermeira Obstétrica ao Parto Baseado em Evidências, Rio de Janeiro – RJ, **Centro De Ciências Biológicas E Da Saúde – Ccbs**, 2016, p.33.

ROCHA, F. R., et. al., Análise da Assistência ao Binômio Mãe-Bebê em Centro de Parto Normal. Brasília - DF, Brasil, **Rev. Cogitare Enfermagem**, 2017, p.2.

REIS, T. L. R., et. al., Autonomia Feminina no Processo de Parto e Nascimento: Revisão Integrativa da Literatura, Santa Maria – RS, **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, 2017, p.2.

REIS, T. R., et. al., Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, Santa Maria – RS, **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, 2015, p.95

RODRIGUES, D.P., et. al., A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico, Rio de Janeiro – RJ, **Escola Anna Nery**, 2015, p.615.

SILVA, A. L. S., et. al., Práticas De Enfermeiras Para Promoção Da Dignificação, Participação E Autonomia De Mulheres No Parto Normal, Salvador - BA, **Esc. Anna Nery**, 2015, p.426.

SANTOS, F. P. A., et. al., Práticas De Cuidado Da Enfermeira Na Estratégia Saúde Da Família, Rio de Janeiro – RJ, **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2016, p.1125.

SILVA, A. F., et. al., Atuação do Enfermeiro Obstetra na Assistência ao Parto Saberes e Práticas Humanizadas, Ipatinga – MG, **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, 2018, p.1-2.

SANFELICE, C. F. O., SHIMO, A. K. K., Boas práticas em partos domiciliares: perspectiva de mulheres que tiveram experiência de parto em casa, Campinas – SP, **Revista Texto Contexto Enfermagem**, 2016, p.2.

SANFELICE, C. F. O., SHIMO, A. K. K., Parto Domiciliar: Compreendendo os motivos dessa escolha, Florianópolis – SC, **Revista Texto Contexto Enfermagem**, 2015, p.876.

SANFELICE C. F. O., SHIMO, A. K. K., Representações sociais sobre o parto domiciliar, Campinas – SP, **Escols Anna Nery**, 2015, p.607.

SANFELICE C. F. O., SHIMO, A. K. K., Parto Domiciliar: Avanço Ou Retrocesso?, Campinas – SP, **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2014, p.158.

SANFELICE, et. al., Do parto institucionalizado ao parto domiciliar, Campinas – SP, **Revista Rene**, 2014, p.364.

SCARTON, J., et. al., “No final compensa ver o rostinho dele”: vivências de mulheres-primíparas no parto normal, Santa Maria – RS, **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2015, p. 144-145.

SAAD, D. E. A., RIESCO M.L.G., Autonomia profissional da enfermeira obstétrica, São Paulo-SP, **Rev. Paulista de Enfermagem** , 2018, p.12-13.

SOUZA, N. A., SANTO, F. R. E., Estudo sobre a Atuação do Enfermeiro Obstetra no Parto Domiciliar Planejado e Humanizado, São Paulo – SP, 2011, p.2.

SECRETARIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, Atenção a Gestante e a Puérpera no SUS-SP, 2019, p.28-42, acesso eletrônico às 22:32 de 30/08/19 em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual_tecnicoii.pdf

VELHO, M. B., et. al., Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram, Florianópolis - SC, **Rev. Brasileira de Enfermagem**, 2014 p.284-285.

ANEXO A - PARECER TÉCNICO COREN/SC Nº 023/CT/2016.

Assunto: Parto Domiciliar Planejado.

Critérios para o atendimento do parto domiciliar planejado: os critérios abaixo foram descritos com base nos protocolos da atenção básica para a saúde das mulheres (BRASIL, 2016a; BRASIL 2016b). Sendo que os parâmetros dos critérios de exclusão deverão ser detalhados e atualizados de acordo com as evidências científicas.

Critérios de inclusão:

- Gestante classificada como tendo pré-natal de baixo risco/risco obstétrico habitual;
- Gestação única;
- Apresentação cefálica;
- Idade gestacional maior ou igual a 37 semanas e menor que 42 semanas;
- Casal estar de acordo segundo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critérios de exclusão relacionados às condições prévias:

- Cardiopatias;
- Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica);
- Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados);
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo);
- Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia);
- Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG);
- Doenças neurológicas (como epilepsia);
- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.);
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses);
- Alterações genéticas maternas;
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras);
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo Zica Vírus, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
- Hanseníase;
- Tuberculose;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

ANEXO B - RESOLUÇÃO CREMERJ n. 265/12

Dispõe sobre a proibição da participação do médico em partos domiciliares.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 15 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pelo Decreto nº 6821 de 14 de abril de 2009.

CONSIDERANDO os artigos 4º, 7º, 8º e 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente, que respectivamente, exigem a adoção de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso da criança e do adolescente, e asseguram a estes atendimento médico;

CONSIDERANDO que a Resolução CFM nº 1641/02, de 12 de julho de 2002 veda a emissão, pelo médico, de Declaração de Óbito nos casos em que houve atuação de profissional não-médico;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1627/01, de 23 de outubro de 2001 e a Resolução CREMERJ nº 121/98, de 25 de março de 1998, que disciplinam o Ato Médico;

CONSIDERANDO que cerca de 25% dos partos ocorrem em adolescentes, segundo dados epidemiológicos do Estado do Rio de Janeiro, e que estes estão sujeitos a maiores complicações;

CONSIDERANDO que a assistência ao ciclo grávido-puerperal é um evento dinâmico, exigindo vigilância permanente em virtude de situações emergenciais que podem surgir durante o trabalho de parto, envolvendo o binômio materno-fetal e exigindo procedimentos médicos complexos imediatos;

CONSIDERANDO que para maior segurança dos recém-nascidos e das parturientes, os partos, mesmo que de baixo risco, devem ser feitos em instituições hospitalares tradicionais e;

CONSIDERANDO o artigo 18 do Código de Ética Médica que veda aos médicos “Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.”

CONSIDERANDO o artigo 6º da Constituição Federal, que estabelece que a saúde e a proteção à maternidade e à infância são direitos sociais;

CONSIDERANDO a Lei Estadual nº 3.613/01, que garante direitos aos usuários do SUS no Estado do Rio de Janeiro, dentre eles a realização de parto em hospital devidamente equipado;

CONSIDERANDO que os partos realizados fora do ambiente hospitalar normalmente ocorrem em locais inóspitos e sem a devida assepsia;

CONSIDERANDO as recomendações do Conselho Federal de Medicina e da FEBRASGO no sentido de que os partos devem ser realizados em ambiente hospitalar;

CONSIDERANDO, finalmente, o deliberado em 370ª Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros realizada em 13 de julho de 2012.

R E S O L V E:

Art. 1º É vedada a participação do médico nas chamadas ações domiciliares relacionadas ao parto e assistência perinatal.

Art. 2º É vedado ao médico participar de equipes de suporte e sobreaviso, previamente acordadas, a partos domiciliares.

Art. 3º Ficam excetuadas as situações de urgência/emergência obstétrica, devendo ser feita a notificação compulsória ao CREMERJ, circunstanciando o evento.

Art. 4º É compulsória a notificação ao CREMERJ, pelos Diretores Técnicos e plantonistas de unidades hospitalares, do atendimento a complicações em pacientes submetidas a partos domiciliares e seus conceptos ou oriundas das chamadas “Casas de Parto”.

Art. 5º O descumprimento desta Resolução é considerado infração ética passível de competente processo disciplinar.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 13 de julho de 2012.

Consª Márcia Rosa de Araujo
Presidente

Consº Sergio Albieri
Diretor Primeiro Secretário

*SUB JUDICE VIDE PROCESSO Nº 0041307-42.2012.4.02.5101
(2012.51.01.041307-8) 02ª VARA FEDERAL DO RIO DE JANEIRO