



ARTIGO ORIGINAL

O ENFERMEIRO OBSTETRA NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO
THE OBSTETRIC NURSE IN A PLANNED HOUSEHOLD BIRTH
EL ENFERMERO OBSTÉTRICO EN PARTO HOGAR PLANEADO
Diego Vieira de Mattos¹, Luc Vandenberghe², Cleusa Alves Martins³

RESUMO

Objetivos: descrever os desafios e obstáculos na atuação do enfermeiro no Parto Domiciliar Planejado e refletir sobre o contexto social e profissional vivenciado pelo enfermeiro obstetra na assistência ao Parto Domiciliar Planejado. **Metodologia:** estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, utilizando o referencial teórico-metodológico Teoria Fundamentada em Dados. A produção de dados se deu a partir de 22 entrevistas com enfermeiros obstetras, em cinco regiões do Brasil. **Resultados:** na análise dos resultados emergiram três categorias temáticas: << Preconceito cultural >>, << Atitude profissional >> e << Falta de apoio logístico >>. **Considerações finais:** o parto domiciliar planejado assistido por enfermeiro atende a política de saúde. No entanto, a efetivação plena dessa prática ainda carece de resoluções específicas que garantam acesso da parturiente ao sistema público de saúde, aos serviços privados ou conveniados ao SUS, quando necessário de encaminhamento da parturiente. **Descritores:** Parto Domiciliar; Parto Humanizado; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Objectives: to describe the challenges and obstacles in the nursing actions during the planned household birth and to reflect on the social and professional context experienced by the obstetric nurse in assisting the planned household birth. **Methodology:** descriptive and exploratory study with a qualitative approach, using the theoretical framework Theory Based on Data. The production data occurred from 22 interviews with obstetric nurses in five regions of Brazil. **Results:** the analysis of the results revealed three themes: << Cultural prejudice>>, << Professional attitude >> and << Lack of logistical support >>. **Final remarks:** The planned home birth with nurse assistance attends to health policy. However, the full realization of this practice still lacks specific resolutions to ensure access of the mother to the public health system, for private services or services linked to SUS, when it is necessary forward the mother. **Descriptors:** Home Childbirth; Humanized Birth; Obstetric Nursing.

RESUMEN

Objetivos: describir los desafíos y obstáculos en las acciones de enfermería en los hogares de Planificación de Trabajo y reflexionar sobre el contexto social y profesional experimentado por la enfermera obstétrica en la asistencia a la Casa de Trabajo de Planificación. **Metodología:** estudio descriptivo y exploratorio con abordaje cualitativo, utilizando el marco teórico Teoría Sobre la base de datos. Los datos de la producción fueron de 22 entrevistas con parteras en cinco regiones del Brasil. **Resultados:** el análisis de los resultados revelaron tres temas: << Prejuicios culturales >>, << Profesional actitud >> y << Falta de apoyo logístico >>. **Consideraciones finales:** los nacimientos planificados en el hogar atendidos por la enfermera atiende a la política de salud. Sin embargo, la plena realización de esta práctica aún carece de resoluciones específicas para garantizar el acceso de la madre para el sistema de salud pública, a los servicios privados o asegurados al SUS, cuando sea necesario el enrutamiento de la madre. **Descriptor:** Parto en Casa; Parto Humanizado; Enfermería Obstétrica.

¹Enfermeiro Obstetra, Mestre em Ciências Ambientais e Saúde, Presidente da ABENFO-Goiás, Supervisor de Estágio em Obstetrícia e Pediatria pela Universo - Goiânia; Enfermeiro Obstetra da Maternidade Nascer Cidadão - Goiânia. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: diegovmattos@hotmail.com; ²Psicólogo, Professor Doutor em Psicologia, PUC de Goiás. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: diegovmattos@hotmail.com; ³Enfermeira Obstetra, Professora Doutora, Faculdade de Enfermagem/Universidade Federal de Goiás/FEN/UFG. Vice-Presidente da ABENFO-Goiás. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: cleusa.alves@gmail.com.

INTRODUÇÃO

O parto constitui um evento de grandes transformações para a parturiente, no entanto com relação à autonomia e à decisão do seu corpo no momento de parir seu filho, deve prevalecer a vontade da mulher.¹ Para muitas gestantes o processo de parir no contexto hospitalar denota um acontecimento de risco, sofrimento, violência física ou simbólica, expectativas e frustração, o que dificulta transformar a experiência do parto em algo positivo, gratificante e saudável.² No Brasil, a institucionalização generalizada do parto ocasionou uso de tecnologias invasivas, altas taxas de cesáreas, episiotomias, maior frequência de indução com ocitócico, misoprostol, e outras condutas consideradas desnecessárias.²

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.^{3,4} As políticas públicas de saúde enfatizam o fortalecimento das mulheres frente à identificação de suas demandas de saúde, reivindicação de seus direitos na promoção do autocuidado, visando a melhoria da qualidade de vida da mãe e recém-nascido.⁴

Os enfermeiros obstetras ao implantar as práticas de humanização recomendada pela Organização Mundial de Saúde, na atenção às parturientes, passaram a utilizar técnicas que consideram favoráveis à evolução fisiológica do trabalho de parto e condutas não farmacológicas para o alívio da dor.³ No processo de parturição reconhece-se a importância dos avanços científicos e tecnológicos nos últimos anos, mas aponta para o resgate do modelo histórico de parir, retomando novamente o ambiente domiciliar como local propício para o parto. Nesse contexto, o enfermeiro obstetra desponta na ascensão ao parto domiciliar planejado,⁵ com as práticas culturalmente conhecidas menos intervencionistas que permitem a evolução fisiológica do trabalho de parto, e a residência apresenta como um ambiente seguro, viável e saudável para parturiente dar à luz.⁵

Neste entendimento, o parto domiciliar planejado apresenta uma opção concreta como resgate ao modelo de parto fisiológico, historicamente compatível com o processo parturitivo natural. Contudo, essa abordagem demanda uma atuação profissional competente com procedimentos direcionados

a parturiente e seus familiares, essa forma de assistência extrapola aos desafios sociais e exigências diferentes do parto tradicional. Nesta linha de pensamento, este estudo tem por objetivo:

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

METODOLOGIA

Este é um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, utilizando como abordagem metodológica a Teoria Fundamentada em Dados (TFD). A pesquisa qualitativa permite investigar a realidade que não pode ser quantificada, ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivos, crenças, valores, que responde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos.⁶

A Teoria Fundamentada em Dados visa a captação e interpretação do que acontece em determinado contexto ou objeto estudado, como se dá o dia-a-dia dos participantes, e partir da compreensão, dos significados e de suas implicações, produzir conhecimento e proporcionar um direcionamento relevante para a ação.⁷

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.^{7,8}

Foram entrevistados 22 Enfermeiros Obstetras, sendo apenas um do sexo masculino. A coleta de dados ocorreu no período entre janeiro a julho de 2012, em cinco regiões brasileiras, nos estados de Santa Catarina, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Distrito Federal, Bahia, Ceará e Pará onde existem enfermeiros obstetras atuando no Parto Domiciliar Planejado. A entrevista semiestruturada foi por meio de internet - Skype ou Messenger, modalidade conversa de voz. A amostra dos sujeitos ocorreu por saturação dados, os participantes foram identificados por letras em sequência alfabética. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade

Mattos DV de, Vandenberghe L, Martins CA.

Católica de Goiás, Registro 1887, de 28 /10/2011.

RESULTADOS

Na análise dos dados elaboraram-se três categorias temáticas: << Preconceito cultural >>, << Atitude profissional >> e << Falta de apoio logístico >>, segundo os discursos dos enfermeiros que estão na vanguarda da atenção ao parto domiciliar planejado, em centros urbanos brasileiros.

◆ Preconceito cultural

A sociedade civil e os profissionais de saúde nas três últimas décadas construíram paradigmas acerca da assistência ao parto que privilegiam a tecnologia avançada como sinônimo de qualidade e segurança. A mudança do modelo histórico tecnicista e intervencionista para uma prática que resgata o parto natural dotado de poucos aparatos tecnológicos representa grandes desafios na atuação da assistência. Uma vez que, os modelos culturalmente estabelecidos ao longo dos anos, no imaginário das pessoas o parto ideal corresponde ao parto sem dor, no ambiente hospitalar, com procedimentos cirúrgicos de alta complexidade.

Essa visão de assistência ao parto dificulta a inserção da prática autônoma do enfermeiro no sistema de saúde vigente no país, quer seja nos serviços público ou privado. O parto domiciliar planejado é percebido como um retrocesso à sociedade mais primitiva parecendo negar às mulheres as vantagens do progresso da medicina moderna e das estruturas socialmente sustentadas, segundo os relatos dos depoentes existem o preconceito, particularmente das famílias, pois as gestantes que querem parto natural, escondem que vão parir no domicílio:

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).

[...] porque tem todo um preconceito, a cultura é a cesárea, então o parto domiciliar é contra a cultura, existe um grande preconceito, não só da família, até mesmo dos profissionais, os médicos, e profissionais da minha classe os enfermeiros também (P). Não querem conhecer o nosso trabalho, dizem que não valorizam, mas não podem valorizar um trabalho que não conhecem (B).

Na opinião pública, isso é totalmente desconhecido da população, isso é classificado como doidura, quando você fala

O enfermeiro obstetra no parto domiciliar...

que quer ganhar seu neném em casa, é quase a mesma coisa que dizer: eu quero matar ele (o filho), você é taxada como doida (D).

A resistência por parte da sociedade certamente decorre do processo cultural. Mas os depoentes relataram que essa dificuldade é superada após o sucesso dos partos realizados nos domicílios, publicações em periódicos científicos, entrevista em jornais, além de discursos das próprias clientes que divulgam sua experiência positiva entre seus conhecidos e em páginas de internet e redes sociais:

Aqui buscamos crescer em pesquisa, já tem enfermeira com dados dos partos domiciliares realizados para revelar como uma prática científica, e mostrar para academia que os partos domiciliares são tão seguros quanto os partos os hospitalares (G).

Na página da internet agora, a gente trabalha muito com a questão da entrevista nos jornais, o público e elas (gestantes) buscaram bastante a gente para esclarecer as que querem um parto em casa[...]. A gente indica para as pacientes que estamos acompanhando leitura sobre parto domiciliar. E, estamos tentando trabalhar isso em redes sociais e no consultório e também em grupo. Há um trabalho de divulgação geral, para mostrar o que fazemos, a gente leva equipamento para mostrar que não é aquela assistência que se existia no passado (S).

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

Existe uma cultura de resistência ao parto em casa, por associar a segurança exclusivamente ao parto hospitalar, intervencionista e cirúrgico. Um paradigma construído diariamente no comportamento social e familiar que, certamente, sofreu influências das conjunturas, mídias que induzem a sociedade ao sonho e que as pessoas para serem felizes e bem sucedidas devem ser consumidoras de tecnologias, independente de sacrificar as funções naturais e biológicas do ser humano.

◆ Atitude profissional

A partir da década de 60, o cenário do parto passa a ser institucionalizado com enfoque em práticas intervencionistas acompanhadas dos avanços de tecnologia hospitalar. Recentemente, o enfermeiro assume parto domiciliar planejado. Todavia, alguns profissionais médicos apreciem o parto natural essa abordagem fica distante da sua prática, considerando que a fisiologia do parto e nascimento é um processo longo de

Mattos DV de, Vandenberghe L, Martins CA.

O enfermeiro obstetra no parto domiciliar...

parturição, tornando inviável na perspectiva de humanização da assistência.

Muitos entrevistados relatam que recebem críticas por parte de alguns médicos. Quando o enfermeiro encaminha a parturiente em casos de urgência, para o hospital, nem sempre é bem recebida. Certamente, as consequências da estigmatização dessa prática poderia limitar o trabalho dos enfermeiros obstetras:

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! A gente trabalha 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 encontrarem brechas para falar contra nós (A).

Nós temos muita dificuldade pela falta de apoio também nos encaminhamentos. Do hospital público, não temos apoio pra ligarmos e passar algum caso de gestante que está em trabalho de parto em casa, quando a parturiente chega lá, já tachada. A maior parte dos encaminhamentos é feitos pela porta de emergência mesmo (G).

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

A falta de apoio médico nas equipes é superada por meio de parceria informal com alguns que são favoráveis a prática do parto humanizado. Com o passar do tempo vários enfermeiros ampliaram sua rede de contato profissional e seu trabalho tornou-se conhecido por diversos médicos obstetras. E existe aproximação com médicos partidários ao parto natural que oferece suporte aos enfermeiros, quando necessário, mas também, em muitos casos existe oposição a esta prática e não houve a possibilidade de parceria formal na equipe.

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

Nós não temos médicos na equipe, mas nós temos médicos obstetras que nos apoiam, então, quando a gente precisa, ligamos para essas pessoas que nos dão suporte (H).

Temos um pediatra, que em alguns casos de dúvida ou quando precisamos de alguma coisa, ligamos e ele tem nos atendido, mas ele não tem ligação com o parto domiciliar (H).

Durante o pré-natal é traçado um plano B, em casos de distócias ou situações que possam comprometer minimamente o trabalho de parto e impeça o parto em domicílio, encaminha-se a parturiente à maternidade de referência para o parto intra-hospitalar. Se a gestante for portadora de planos de saúde ela será encaminhada ao hospital da rede privada conforme sua escolha, se não possuir convênio será referenciada à rede pública de saúde.

Ainda segundo os depoentes, o acolhimento da parturiente na maternidade, muitas vezes, torna-se conflituoso ocorrendo várias formas de violência subjetiva. Certos profissionais de saúde ao receber a cliente, a estigmatizam por ter aderido uma prática que culturalmente não é expressamente determinada pelo sistema público de saúde:

Quando a mulher opta pelo parto planejado domiciliar, na primeira consulta já se traça o plano: se o casal prefere em caso de necessitar o encaminhamento a maternidade - plano A: maternidade pública e plano B: clínica particular (E).

O maior desafio é quando o parto domiciliar não acontece e a parturiente é encaminhada para uma instituição hospitalar, sofre preconceito, como nós também sofremos o preconceito de nossas colegas enfermeiras e da classe médica (E).

Nas maternidades particulares, quando a gente tem o médico de referência ocorre muito tranquilamente, mais quando não tem essa pessoa de referência e elas (parturiente) vão principalmente para o serviço público elas são maltratadas, ouvem piadinhas, não se consegue sistema de referencia (I).

A mulher tem direito a continuidade de 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 onde os profissionais não respeitam sua decisão de tentar o parto em casa e ela acaba, muitas vezes, submetida até mesmo a violência verbal (P).

Para evitar o conflito institucional, a parturiente e acompanhante omitem que estavam fazendo a tentativa de parto domiciliar. Justificam que estava em casa aguardando a evolução do parto:

Para prevenir uma violência institucional, a nossa alternativa em caso de transferência ou encaminhamento da paciente ao hospital, não se fala que estava tentando o parto domiciliar(L).

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

O processo de transferência se for hospital

Mattos DV de, Vandenberghe L, Martins CA.

público, a parturiente dará entrada pela porta de emergência e atendida de acordo com os procedimentos normais. Em hospital privado, as enfermeiras entram em contato com o médico que dará suporte no hospital escolhido:

Ao longo do pré-natal as referências são pensadas, caso ocorra uma referência de emergência real, eu preciso da unidade de saúde mais próxima que tenha atenção obstétrica. Então, tudo a gente planeja junto com família (J).

Com relação à transferência, sempre existe um suporte, um médico de retaguarda(P).

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

Mesmo com evidência científica acerca das vantagens do parto natural, existe resistência velada por parte das entidades médica com relação à participação desse profissional no parto em domicílio, o que reforça ainda mais o distanciamento de alguns médicos para apoiar essa prática. Os médicos que apoiam e participam do parto domiciliar planejado, também são estigmatizados por órgãos fiscalizadores da prática médica.

◆ Falta de apoio logístico

O enfermeiro obstetra na atenção ao parto em domicílio, independente da necessidade de internação hospitalar, precisa de apoio logístico do sistema de saúde para obter materiais e medicamentos específicos, que são restritos às instituições hospitalares. A dificuldade para aquisição configura-se uma problemática no cotidiano dos enfermeiros. No entanto, alguns entrevistados relataram que conseguem ter acesso aos insumos por meio de contato com representantes dos produtos, às vezes mediado por médicos conhecidos que facilitam a aquisição e outros profissionais além de assistirem o parto em domicílio, também trabalham em instituições hospitalares, assim, a aquisição dos medicamentos é facilitada por gestores de instituições:

É necessário material de suporte nos casos de distocias, como, por exemplo, uma hemorragia, puncionar uma veia e encaminhar a paciente com certa segurança. Também, no caso do recém-nascido ter material para suporte básico(E).

Nós precisamos ter na caixa ocitocina, methergin ampola, não apenas comprimido, por enquanto a gente consegue com as equipes que conhece nosso trabalho. Mas, nós não conseguimos comprar os medicamentos. Estamos sempre tentando, mas até o momento não conseguimos (A).

O enfermeiro obstetra no parto domiciliar...

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 representantes para facilitar a aquisição. Só assim pra conseguir (N).

Alguns depoentes relataram que a rigidez burocrática mesmo com a Declaração de Nascido Vivo - DNV - há resistência por parte do Cartório de Registro que exige garantias especiais para efetuar o processo de registro do recém-nascido. Alguns enfermeiros se cadastraram na Secretaria de Vigilância em Saúde e tiveram acesso a DNV para atendimento ao parto em domicílio:

A gente não tem acesso a DNV. Já fomos à secretaria estadual e municipal de saúde. Já chegamos ir a Brasília, mas aqui a gente ainda não conseguiu DNV. Eles dizem que a gente tem que estar ligado a alguma instituição (H).

A Secretaria de Saúde tem apoiado muito o nosso trabalho. Então nós nos cadastramos na secretaria, então temos direito a DNV e a carteirinha (E-I).

Ainda sinto dificuldade para registro o recém-nato. Eu fiz um parto em fevereiro e mesmo com a DNV, o cartório não queria registrar[...] É um absurdo, teve que ir testemunhar lá, que isso!!! (O)

Recebi cinco impressos, preenchi, fiz tudo direitinho e o cartório questionou e pediu testemunha [...] Ainda criaram muitos problemas para registrar (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).

Para superar as dificuldades de registro do recém-nascido, o casal comunica previamente ao cartório o interesse pelo parto em casa assistido por enfermeiro. Esta atitude por si não é suficiente, os enfermeiros fazem um relatório impresso, com dados do parto acompanham os pais como testemunhas para efetuar o registro. As estratégias de superação são desenvolvidas conforme o surgimento dos problemas:

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

Nós acompanhamos nossas pacientes até o cartório, quando ainda são gestantes[...]e já declaram que querem parto domiciliar e quando o bebê nasce nós testemunhamos, ai eles fazem o registro (N).

Mattos DV de, Vandenberghe L, Martins CA.

O enfermeiro obstetra no parto domiciliar...

Além da regulação de distribuição de insumos de saúde, o profissional também enfrenta problemas com alguns cartórios civis para o registro do novo cidadão. Em algumas regiões, alguns depoentes relataram não terem acesso a DNV distribuída pela Secretaria Municipal de Saúde. Esse obstáculo reflete como limitação ao exercício do profissional, os enfermeiros se sentem pressionados ao vínculo trabalhista com uma instituição, isso reafirma os paradigmas vigentes de negação do parto domiciliar. A dificuldade de obter a DNV coloca, injustamente, o profissional numa situação de aparente infração, causando constrangimento profissional frente à clientela assistida.

Embora o registro do recém-nascido em domicílio seja um processo moroso, nenhum bebê ficou sem o Registro Civil, eliminando a possibilidade de subnotificação do registro. Em algumas situações, os enfermeiros descobrem um cartório que não cria obstáculos e usam esta instituição como referência para os registros de nascimento.

DISCUSSÃO

Na categoria Preconceito cultural o estudo revelou que o preconceito cultural ainda impera quando as gestantes declaram o interesse realizar seu parto domiciliar, por parte de familiares, da sociedade em geral e alguns profissionais de saúde. Essa prática foi descrita como um aspecto desafiador tanto por parte do casal grávido como do enfermeiro obstetra.^{5,9}

O tempo de atuação no trabalho confere credibilidade entre grupos sociais e profissionais da área obstétrica. A credibilidade se deveu ao fato das clientes divulgarem suas experiências de sucesso do parto domiciliar, modo informal entre amigos, familiares e até mesmo na mídia por meio de rede sociais. Os profissionais que atuam no parto domiciliar planejado foram conquistando o apreço de médicos defensores da prática do parto humanizado. Uma vez que, nessa abordagem de assistência embora tenha ocorrido encaminhamentos não houve nenhum procedimento que colocasse a vida da parturiente ou do feto em risco de morbimortalidade, todos os partos foram encaminhados em tempo hábil para assistência hospitalar segura.^{9,10}

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 civil e profissionais de saúde.^{5,9} Esta visão não condiz com pesquisas realizadas nos Estados Unidos e

Canadá, que avaliaram 5.418 nascimentos ocorridos por parto domiciliar planejado. Deste total, apenas 12,1% parturientes foram transferidas para instituição hospitalar. A metade ocorreu por solicitação própria, para alívio da dor. Entre as transferências 1,3% ocorreu por hemorragia ou retenção placentária. Apenas 3,4% foram consideradas com situação de risco potencial.¹¹

A atitude profissional revelou que em alguns estados brasileiros, os enfermeiros que assistem o parto domiciliar possuem contato informal com médicos obstetras que dão suporte aos profissionais. Apesar de não comporem as equipes de trabalho, eles auxiliam em situações de transferências e acompanhamento da parturiente, especialmente quando necessita prescrição de medicamentos. Embora seja uma parceria não oficializada, acaba facilitando o processo de atendimento à parturiente.

Em julho de 2012, o Conselho Regional de Medicina no estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) publicou a Resolução 265/12, que vetava a participação do médico no parto domiciliar e participação em equipes de suporte e sobreaviso, previamente acordadas. Determinou ainda, que é de notificação compulsória ao CREMERJ, por Diretores Técnicos e médicos plantonistas de unidades hospitalares o atendimento as complicações em parturientes submetidas a trabalho de parto em domicílios. O descumprimento desta Resolução seria considerado infração ética passível processo disciplinar.¹²

Entendendo a Resolução 265/12 do CREMERJ como incoerente com a Lei 9.498/86, de 25 de junho de 1986, que dispõe o Exercício Profissional do Enfermeiro, o Conselho Regional de Enfermagem no estado do Rio de Janeiro (Coren-RJ) entrou com liminar na Ação Civil Pública, no dia 27 de julho de 2012, na 2ª Vara Federal do Rio de Janeiro, que deferiu a liminar ajuizada pelo Coren-RJ, suspendendo os efeitos das Resoluções Nº 265 /2012 do CREMERJ, que proibia o médico de atuar nas equipes de parto domiciliar ou de integrar quadros hospitalares de suporte e sobreaviso.¹³

As usuárias do Sistema Único de Saúde, na necessidade de um atendimento hospitalar, são sempre encaminhadas à rede pública de saúde hospitalar. Em vários países Europeus, o parto de baixo risco é assistido por profissionais não médicos - Enfermeiros Obstetras e Obstetrizas, limitando o atendimento médico somente aos partos de alto risco. Nestes países, o parto em casa está inserido no sistema de saúde, como direito de todas gestantes. A família ao optar por parto

Mattos DV de, Vandenberghe L, Martins CA.

O enfermeiro obstetra no parto domiciliar...

em domicílio é inserida no sistema de saúde em alerta e, em qualquer situação de emergência a parturiente é encaminhada ao hospital. Mulheres que necessitam comprar materiais para o trabalho de parto, posteriormente são reembolsadas pelo seguro saúde.^{14,15}

Na falta de apoio logístico o estudo evidenciou que falta definição política para efetivar de forma sistemática a prática do parto domiciliar no sistema de saúde do país, não há apoio logístico institucionalizado na rede privada ou pública que permita a aquisição dos medicamentos e materiais que, por vezes, são utilizados no parto domiciliar, uma vez que a compra se encontra restrita as instituições hospitalares. No Brasil,¹⁶ os serviços de saúde ainda estigmatizam as mulheres que optam por um parto em casa. Muitas vezes, gestores, classe médica e até mesmo outros enfermeiros, dificultam a integração da prática no sistema de saúde de maneira formalizada.

Durante muitos anos, os registros do recém-nascido de parto domiciliar representava o dilema da subnotificação do nascimento, os partos realizados por parteiras tradicionais rurais, que não tinham acesso a Declaração de Nascido Vivo - DNV - utilizada para os pais fazerem o registro civil de nascimento dos filhos. A DNV era de uso restrito a instituições hospitalares para encaminhar aos Cartórios de Registro Civil. A criação da Portaria n.116/MS de fevereiro de 2009, ampliou a distribuição da DNV, facilitando o acesso das parteiras ao documento.¹⁷

Portanto, a distribuição da DNV é de responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, e poderão ter acesso ao formulário: 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.¹⁷

A atuação dos enfermeiros no parto domiciliar planejado é permeada por muitas barreiras, contudo para superação dos desafios e obstáculos muitos deles encontram soluções na informalidade de forma temporária, certamente, traz inquietação entre a categoria.

A divulgação da assistência ao parto proporciona o aumento da credibilidade profissional. Muitos apreciam e passam a respeitar e apoiar o trabalho do enfermeiro, mas a divulgação parece ser uma via de mão dupla, pois ao mesmo tempo em que o sucesso do trabalho é notório, existe um sistema que

busca levantar críticas ao modelo, usando os mesmos meios de divulgação para depreciarem a prática.

Vale ressaltar que, na tentativa discutir as situações conflituosas vivenciadas por enfermeiros obstetras e outros profissionais que atendem o parto, em julho de 2012, em Sorocaba, SP, ocorreu I Encontro Nacional de Parteira 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 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, no Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde.

CONCLUSÃO

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

O parto domiciliar planejado em todo território brasileiro encontra-se em franca expansão. Houve um crescimento no quantitativo de profissionais que ingressou ou direcionou a assistência ao parto domiciliar planejado, sendo possível encontrar este modelo de atendimento em todo país, com atuação por enfermeiros especialistas mais expressiva nas grandes capitais e regiões metropolitanas.

Os enfermeiros obstetras que atendem partos domiciliares buscam resgatar o parto natural de baixo risco. Para isso, lançam mão do conhecimento científico, das evidências científicas associado às práticas culturais de técnicas utilizadas por parteiras tradicionais que contribuem no alívio da dor e contribui no processo de evolução do trabalho de parto.

Embora o Ministério da Saúde já tenha investido em capacitação profissional e resoluções que respaldam a atenção ao parto assistido por Enfermeiro, a prática atual aponta para a necessidade de maior avanço com políticas definidas que garantam a gestante o livre direito de escolha do local de parir, visando soluções definitivas para enfrentar os conflitos ainda existentes e ou situações emocionalmente tensas, que colocam os profissionais em condição de desbravadores na assistência ao parto normal de baixo risco, planejado no domicílio.

Esta condição remete aos grandes desafios na reconquista de um território

Mattos DV de, Vandenberghe L, Martins CA.

O enfermeiro obstetra no parto domiciliar...

historicamente, vivenciado por mulheres como um direito natural de parir. Esse espaço, por vezes, é percebido como se os profissionais atuassem na contramão dos avanços tecnológicos implementados nos serviços na saúde, mas na verdade o que se preconiza nesse modelo é uma assistência humanizada que atenda a usuária no processo parturitivo com qualidade e segurança para a mãe e recém-nascido.

O estudo revelou desafios, obstáculos e falta estrutura institucional para suprir a carência específica que respalde o profissional para atender 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. Contudo, no Brasil, o sistema público de saúde e os convênios não cobrem financiamento do parto domiciliar planejado, os partos são realizados de forma privada. Também faltam resoluções para a aquisição de materiais e medicamentos para tanto os profissionais se articulam para superar cada desafio e encontrar solução definitiva.

Cumpre-nos assinalar que existem informações e evidências suficientes que fundamentam a qualidade da assistência à mulher no processo parturitivo em domicílio, como uma das alternativas. Reiteremos, ainda, somente uma regulamentação oficial como uma política pública de saúde que oferece a devida inserção no parto domiciliar planejado à gestante de baixo risco, como direito de cidadania da população feminina.

REFERÊNCIAS

1. Barros WLL, Costa E, Boeckmann LMM, Reis PED, Leon CGRMP, Funghetto SS. Parto humanizado: uma realidade na casa de parto? *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2011 [cited 2015 Mar 20];5(1):67-74. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1207/pdf_277
2. Souza KRF, Dias MD. História oral: a experiência das doulas no cuidado à mulher. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2015 Mar 28];23(4):493-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/08.pdf>
3. Torres JA, Santos I, Vargens OMC. Construindo uma concepção de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sociopoético. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2015 apr 30] 17(4): 656-64. Available from: www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/05.pdf
4. Milbrath VM, Amestoy SC, Soares DC, Siqueira HCH. Vivências maternas sobre a assistência recebida no processo de

parturição. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2010 [cited 2015 Mar 30];14(3):462-67. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a05.pdf>

5. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2009 [cited 2015 Mar 30];13(1):595-602. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a11v13s1.pdf>

6. Brasil. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes. Brasília. Ministério da Saúde; 2004.

7. Nascimento KC, Santos EKA, Erdmann AL, Júnior HJN, Carvalho JN. A arte de partejar: experiência de cuidado das parteiras tradicionais de Envira / AM. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2015 Mar 26];13(2):319-27. Available from:

http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20092/artigo%2010.pdf

8. Medeiros RMK, Santos IMM, Silva LR. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2015 May 20];12(4):765-72. Available from:

http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20084/20-ART%20.pdf

9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª edição. São Paulo: Hucitec; 2008.

10. Dantas CC, Leite JL, Lima SBS de, Stipp MAC. Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem* [internet]. 2009 [cited 2015 July 01];17(4):573-579. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_21.pdf.

11. Strauss AL, Corbin J. Pesquisa Qualitativa: Técnica e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. 2nd ed. Porto Alegre: Artmed; 2008

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

13. Henwood K, Pidgeon N. A Teoria Fundamentada. *In*: Breakwell GM, Hammond S, Fife-Schwaw C, Smith J A, organizadores. Métodos de pesquisa em psicologia. São Paulo: Artmed; 2010.

14. Krunko RB, Bonilha ALL. Parto no domicílio na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2004 [cited 2015 July 02];25(3): 396-407.

Mattos DV de, Vandenberghe L, Martins CA.

O enfermeiro obstetra no parto domiciliar...

Available from:
<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23531/000504725.pdf?sequence=1>

15. Johnson KC, Daviss BA. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ* [Internet]. 2005 [cited 2015 July 02];330:1416. Available from: <http://www.bmj.com/content/330/7505/1416>

16. Brasil. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Resolução 265/12, 13 de jul de 2012. Dispõe sobre a proibição da participação do médico em partos domiciliares [Internet]. 2012 [cited 2015 July 03]. Available from: <http://www.cremerj.org.br/legislacao/detalhes.php?id=714&item=1>

17. Brasil. Conselho Regional de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro. Liminar na Ação Civil Pública do Coren-RJ suspende resoluções do Cremerj. [Internet]. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro; 2012 July 31 [cited 2015 May 02]. Available from: http://novo.portalcofen.gov.br/liminar-na-acao-civil-publica-do-coren-rj-suspende-resolucoes-do-cremerj_9414.html

18. Villa TCS, Mishima SM, Pinto IC, Palha PF, Pereira MJB, Almeida MCP, et al. A enfermagem no sistema local de saúde na Holanda. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 1999 [cited 2015 July 08];7(5):121-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n5/13513.pdf>

19. Colacioppo, PM, Koiffman MD, Riesco MLG, Schneck CA, Osava RH. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. *Rev Enferm Referência* [Internet]. 2010 [cited 2015 July 05];31(2):[about 7 p]. Available from: <http://www.index-f.com/referencia/2010/32-081.php>

20. Drumond EF, Machado CJ, Franca E. Subnotificação de nascidos vivos: procedimentos de mensuração a partir do Sistema de Informação Hospitalar. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2008 [cited 2015 June 30];42 (1):55-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n1/6766.pdf>

21. Winck DR, Brüggemann OM. Responsabilidade legal do enfermeiro em obstetrícia. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2015 June 10];63(3):464-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a19v63n3.pdf>

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de

Vigilância em Saúde. 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 [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, 2009 [cited 2015 May 25]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.htm

Submissão: 04/08/2015

Aceito: 06/01/2016

Publicado: 01/02/2016

Correspondência

Diego Vieira de Mattos
 Rua Belo Horizonte, Qd.164, lote 4, C-3
 Bairro Parque Amazônia
 CEP 74843-100 – Goiânia (GO), Brasil