

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

Emilene Ragasson Bochnia*
Nathana Maneira**
Tatiane Herreira Trigueiro***
Luciane Favero****
Kátia Renata Antunes Kochla*****
Fabio André Miranda de Oliveira*****

RESUMO

Objetivo: Compreender a percepção que o enfermeiro obstetra que atende ao parto domiciliar planejado tem de sua atuação. **Métodos:** Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa. Como técnica de coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, realizadas no período de junho a agosto de 2015, com sete enfermeiros obstetras que realizavam este tipo de parto em Curitiba, Estado do Paraná. Os dados foram analisados segundo grupos temáticos, proposta por Bardin, dos quais emergiram duas categorias: o enfermeiro obstetra diante de si; e o enfermeiro obstetra diante da mulher. **Resultados:** Identificou-se que a atuação do enfermeiro em domicílio torna-se um campo de trabalho satisfatório e gratificante, pois lhe possibilita maior autonomia. Entretanto, esta função também pode desencadear dificuldades, insegurança e conflito de relações interpessoais. **Considerações finais:** A atuação do enfermeiro obstetra no domicílio constitui um trabalho satisfatório, gratificante e que proporciona autonomia. Entretanto, traz dificuldades, inseguranças e conflitos interprofissionais. Acreditam que a assistência domiciliar abrange valores que vão além dos aspectos científicos e tecnológicos, utilizando-se de um olhar holístico sobre esse momento.

Palavras-chave: Parto normal. Parto humanizado. Parto domiciliar. Enfermagem obstétrica.

INTRODUÇÃO

Atualmente, a obstetrícia brasileira se encontra em um cenário de discussão sobre predominância do modelo tecnocrático em virtude das intervenções e medicalização excessivas, sendo estas umas das variáveis responsáveis pela dificuldade em reduzir os índices de mortalidade materna e neonatal. Contudo, políticas públicas brasileiras, voltadas para a saúde materna, têm sido instrumentos de fortalecimento do processo de mudança de modelo de atenção ao parto⁽¹⁾.

Uma das estratégias públicas que incentiva a mudança das práticas obstétricas é o programa Rede Cegonha do Ministério da Saúde, criado em 2011, que busca garantir a devolução da autonomia da mulher no parto, melhorando o acesso ao pré-natal, promovendo partos seguros e humanizados e combatendo a mortalidade materna e infantil. Ao mesmo tempo, incentiva a formação especializada de enfermeiros em obstetrícia além de sua inserção direta no

atendimento ao parto⁽²⁾.

No Brasil, o parto vaginal sem distócia, legalmente pode ser assistido pelo médico obstetra, assim como por enfermeiro em caso de emergência, o enfermeiro obstetra, obstetriz e a parteira tradicional titulada no Brasil até 1959. A normatização e a responsabilidade do enfermeiro em caso de emergência ou do enfermeiro obstetra são reafirmados pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem, nº 516 de 2016, em relação às atividades da assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, acompanhamento da evolução e do trabalho de parto e execução do parto sem distócia⁽³⁾.

O enfermeiro obstetra pode contribuir de maneira substancial para a implementação do novo modelo de atenção obstétrica e neonatal fundamentado na humanização da assistência, nas boas práticas conforme as evidências científicas e no protagonismo da mulher durante o processo de parto⁽⁴⁾.

Atualmente, a resolução acima citada normatiza a atuação e a responsabilidade do

*Enfermeira. Especialização em Enfermagem Intensiva, Hospital Nossa Senhora das Graças. Curitiba, PR, Brasil. E-mail: mibochnia@hotmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7456-6005>

**Enfermeira. Graduação em Enfermagem pela Universidade Positivo. Curitiba, PR, Brasil. E-mail: nathanamaneira@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9307-169X>

***Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde, Professora Adjunta do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, área Materno-Infantil. Curitiba, PR, Brasil. E-mail: tatiherreira@ufpr.br ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3681-4244>

****Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Universidade Positivo. Curitiba, PR, Brasil. E-mail: lucianefavero@yahoo.com.br ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4486-0032>

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Universidade Positivo e Prefeitura Municipal de Araucária, Curitiba, PR, Brasil. E-mail: katiarentunes@up.edu.br ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1447-1212>

*****Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem pela Universidade de Campinas, Maternidade Victor Ferreira do Amaral. Curitiba, PR, Brasil. E-mail: fabio_arnoliveira@hotmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4290-7247>

enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de obstetrícia, casas de parto normal e outros locais que prestam esse tipo de assistência⁽³⁾.

Em relação ao local de parto, as diretrizes específicas para o incentivo das melhores práticas na assistência ao parto normal, publicada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), indicam que não há diferenças significativas relacionadas à morte materna e neonatal nos partos que ocorrem nos domicílios quando comparados aos partos hospitalares⁽⁵⁾.

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal do Ministério da Saúde, publicadas em 2017, em relação ao parto domiciliar planejado (PDP) afirma que *“em vista o contexto brasileiro, o parto domiciliar não está disponível no sistema de saúde, por isso não há como recomendar. No entanto, não se deve desencorajar o planejamento do parto no domicílio”*^(6:17).

O domicílio é apresentado como possibilidade para o nascimento para as mulheres que se apresentam em plena condição de saúde e que não possuem nenhum fator que gere a necessidade de suporte hospitalar. O ambiente que mais se aproxima daquele são os centros de parto normal, que podem ser intra-hospitalares ou peri-hospitalares, onde a assistência obstétrica é prestada por enfermeiros obstetras ou obstetrixes⁽¹⁾.

A escolha do parto no domicílio envolve, além do anseio pela redução das intervenções desnecessárias, o desejo pela garantia de livre movimentação e presença dos acompanhantes, pelo ambiente e acolhimento do âmbito familiar, respeitando crenças e culturas próprias⁽⁷⁾. Assim, diante do exposto, emergiu a seguinte inquietação: Qual é a percepção que o enfermeiro obstetra, que assiste ao parto domiciliar planejado, possui da sua atuação?

Visto que os profissionais enfermeiros que atuam no PDP são escassos no Brasil, ao perscrutar a literatura evidenciou-se que o tema ainda é pouco investigado no país, o que justifica a realização desse estudo. Dessa forma, o objetivo foi compreender a percepção que o enfermeiro obstetra que

atende ao PDP tem de sua atuação.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo exploratório de abordagem qualitativa. Foi realizado com sete enfermeiros obstetras que atendiam ao PDP na cidade de Curitiba, Estado do Paraná. A amostra foi composta através do método bola de neve, o qual funciona de modo que os primeiros entrevistados indicarão outros, e assim sucessivamente dando continuidade ao estudo⁽⁸⁾. O primeiro entrevistado foi identificado por ter afinidade com uma das pesquisadoras. Foi alcançado um quantitativo de sete enfermeiros obstetras, que correspondem com o total de profissionais que realizavam este tipo de atendimento na cidade.

As entrevistas foram agendadas e realizadas em local, data e hora sugeridos pelos participantes do estudo. A coleta de dados ocorreu entre junho e agosto de 2015. As entrevistas foram gravadas, o que garantiu liberdade dos participantes para se expressar e possibilidade de estabelecimento de vínculo com a pesquisadora. Logo após, as entrevistas foram transcritas na íntegra.

Como forma de coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com a seguinte solicitação inicial: Como é ser enfermeiro que atua diante do parto domiciliar planejado?

Como método de análise de dados, optou-se pela análise de conteúdo do tipo temática, composta por quatro etapas: organização da análise; codificação; categorização; e inferência⁽⁹⁾. A etapa de organização da análise consiste na pré análise. É a fase de organização propriamente dita, que tem como objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de modo que se conduza um esquema preciso no desenvolvimento das operações sucessivas, em um plano de análise⁽⁹⁾. Neste estudo, foi realizada a transcrição na íntegra das entrevistas, o que resultou em um documento com 24 páginas, as quais foram lidas repetidas vezes a fim de permitir que os pesquisadores se familiarizassem com os relatos. Posteriormente, na etapa de codificação, realizou-se uma representação do conteúdo extraído por meio de recortes, agregação e enumeração dos dados

brutos do texto. Identificam-se as unidades de registro e de contexto e regras de enumeração⁽⁹⁾. Nesse sentido, foram identificadas as unidades de contexto que continham significado para responder o objetivo desta investigação. Essas foram assinaladas com cores diferentes e receberam identificação, resultando em sete temas e, para a regra de numeração, estes foram organizados por frequência de aparição.

Para a etapa de categorização, ou seja, classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida reagrupar estes elementos conforme características em comum⁽⁹⁾, os temas foram agrupados por afinidade formando duas categorias, a saber: o enfermeiro obstetra diante de si; e o enfermeiro obstetra diante da parturiente e da família no domicílio. A inferência⁽⁹⁾ foi realizada por meio da discussão dos dados a partir de artigos científicos e livros relacionados com a temática.

Os participantes do estudo efetivaram sua participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual estavam explícitos os objetivos da pesquisa, bem como a garantia do anonimato dos participantes. A pesquisa teve início após apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Positivo, sob o certificado CAAE: 44101515.9.0000.0093, com a aprovação em 30/04/2015 (Parecer n° 1.046.525).

RESULTADOS

Dentre um total de sete participantes, seis eram do sexo feminino e um do sexo masculino. A média de idade entre eles foi de 35 anos, sendo a idade mínima de 26 anos e máxima de 52 anos. Todos possuíam pós-graduação em Enfermagem Obstétrica, variando de 11 meses a 28 anos e o tempo de atuação no PDP variou de seis meses a seis anos.

O enfermeiro obstetra diante de si

Esta categoria emergiu diante da afinidade de cinco temas, sendo eles: autonomia e responsabilidade profissional; satisfação profissional; insegurança; conflito de modelo de atenção; e prática de crenças, culturas e conhecimentos.

Os entrevistados relataram que a prática do enfermeiro obstetra que atuava diante do PDP proporcionava autonomia profissional e esta vinha carregada de responsabilidade, evidenciado por cinco dos sete enfermeiros obstetras entrevistados:

Todo trabalho autônomo exige um desafio e uma disciplina maior, e trazem muitos desafios. A gente sai muito daquela postura profissional que a gente tem prescritiva, muitas das coisas que a gente pratica nós não aprendemos em livros, aprendemos com as mulheres e sugerimos para as outras. (E2)

Eu vejo que o parto domiciliar é um grande ambiente de autonomia do enfermeiro, mas a partir do momento em que você tem autonomia você precisa assumir uma responsabilidade isso as pessoas têm que estarem muito conscientes também. (E6)

As pessoas não entendem também que na medida em que você tem um parto de forma autônoma você se responsabiliza cem por cento por aquilo. Diferente do hospital se acontece alguma coisa, tem a instituição que tá lá na nossa frente como um muro. E quando você está no parto domiciliar é você e você, não tem ninguém. Então assim, na medida em que você tem autonomia, você tem independência e você tem uma super responsabilidade. (E7)

Na medida em que desenvolviam seu trabalho de maneira mais autônoma e responsável, conseguiam adotar e desenvolver o modelo de atenção no qual acreditavam. Desta forma, a satisfação profissional emergia como consequência, conforme evidenciado em seis entrevistas:

A gente vê o parto como um portal, uma transformação espiritual, física, emocional, vê ele de forma holística. [...] É desafiador porque você está lidando com a vida e morte, a gente tem toda uma vida e para pensar na morte, a gente nega ela, e o parto ela coloca a vida e a morte no mesmo momento. (E2)

Você sai com uma alegria, com uma satisfação, com uma plenitude, é muito gratificante mesmo. Eu tenho 14 anos de formada, há 13 anos e meio que eu não sentia essa satisfação e esse orgulho de ser enfermeira {emocionada}. (E3)

E pra mim assim o profissional com o pessoal é uma emoção, é maravilhoso, é um crescimento pessoal pra mim porque eu vejo a transformação

dessas mulheres, principalmente das mulheres, é uma transformação de alma. (E6)

Contudo, a autonomia carrega consigo maior responsabilidade de atuação, diante da mulher, do bebê e de toda a família, podendo trazer insegurança em determinados momentos, sendo este tema relatado por três enfermeiros obstetras:

Medo, insegurança e ansiedade não condizem com um ambiente de trabalho de parto. Isso na nossa experiência vem mostrado que mais atrapalha a mulher e todo o processo, e às vezes atrapalha até os profissionais, se as pessoas não estão ali confiantes, que aquilo é possível, de que a mulher pode parir, de que a mulher pode ter seu bebê na posição que ela quiser, acompanhada de quem ela quiser. (E3)

A gente sempre fala que a gente não vai ser o primeiro e nem ser o último a ter uma retenção placentária, a ter uma hemorragia pós-parto, até um bebê em óbito, que a gente tem que estar preparado para tudo, o risco existe, mas ninguém quer entrar para estatística. É aquela sensação de viver perigosamente entendeu, porque é uma vida ali, são duas vidas e a vida anda do lado da morte entendeu? Então se acontecer alguma coisa desestrutura tudo, porque quando sai tudo certinho, bonitinho, nossa você é a heroína, você atendeu ao parto, parabéns, e quando não sai? Daí você é a pior pessoa do mundo. (E4)

A escolha pelo PDP por estes profissionais estava pautada principalmente na autonomia de atuação diante do conflito com o modelo utilizado no ambiente hospitalar, conforme evidenciado em uma entrevista:

Estou no hospital sempre trabalhei em maternidade também, a gente se depara com algumas situações que não é o que a gente acredita. (E5)

Contudo, atender ao PDP é uma forma de colocar em prática e compartilhar crenças e culturas, assim também como um momento de transformação e crescimento pessoal, sendo esta temática encontrada em três entrevistas:

São coisas muito fortes que mudam todo o percurso de vida, então a gente tem muita fé, vendo as nossas crenças sempre que a gente vai para um parto, a gente sempre tenta centrar, tenta levar junto a nossa fé e os nossos protetores, a gente nunca esta sozinho, mas isso dentro da nossa crença, cada profissional tem uma visão sobre isso. (E2)

Eu trabalho também com os aspectos da cultura tradicional, então eu trabalho a parteira tradicional, eu trago muitas técnicas e muitos hábitos mesmo das parteiras tradicionais, aqui do Brasil e do México eu uso bastante, então tem várias medidas que a gente pode fazer não farmacológicas, tecnologias mais leves pra dar conta, uma remoção vamos dizer assim. (E6)

Atender parto domiciliar não é apenas uma coisa que eu gosto de fazer para outras pessoas, eu gosto de fazer por mim mesma. Porque cada vez que eu atendo um parto eu fico cada vez melhor pra mim mesma. (E7)

O enfermeiro obstetra diante da parturiente e da família no domicílio

Esta categoria foi construída a partir do agrupamento de dois temas, sendo eles a humanização baseada em evidências e o vínculo. A prática profissional do enfermeiro obstetra, principalmente aquele que atua no parto domiciliar, compreende a mulher como protagonista de seu parto, proporcionando elementos que possibilitem o seu empoderamento, aliado a uma assistência humanizada baseada em evidências. Essa temática foi evidenciada em seis entrevistas:

A gente tenta não tumultuar, a chegada do profissional também pode gerar uma tensão proporcionando um prazo que ela tem que parir, uma responsabilidade que não existe. A gente tenta manejar isso de certa forma mais tranquila. Tem mulher que necessita mais da nossa presença próximo e é da nossa competência orientar essa mulher a utilizar métodos não farmacológicos pra o alívio da dor, conversa, massagem, técnicas de respiração, a utilização de posições diferenciadas para uma busca de melhor conforto. Porque o parto domiciliar evolve essa questão de respeito de possibilidade. (E1)

Como a gente está dentro da casa, a gente está sendo convidado pra aquilo, então a gente sempre tem que ter um respeito perante isso, uma gratidão e um cuidado, é um momento de muita intimidade, que a gente tem que respeitar, ter um sintonia entre o grupo, ter uma sintonia com a mulher, ter uma sensibilidade, mas nunca deixando de perceber que a nossa principal responsabilidade ali é técnica. (E2)

Atuar no parto domiciliar é você trabalhar em uma perspectiva da natureza, ele está calcado em uma tríade que primeiro é a autonomia dessa mulher, segundo baseada nas evidências

científicas e terceiro na fisiologia do parto, é esse tripé que precisa estar em bastante equilíbrio. Quando você pensa na autonomia dessa mulher, tem que pensar na perspectiva dela também, emocional, cognitiva, então você tem que pensar nessa mulher de forma geral, história de vida, sensações, emoções, sentimentos, crenças, valores. Porque eu só consigo melhorar outro na medida em que eu melhora a mim mesma. É o jeito de melhorar o mundo. No cuidado do parto domiciliar você tem que necessariamente trabalhar em outra lógica, em outro paradigma, no paradigma de que o outro é capaz. (E7)

Diante da possibilidade do parto no domicílio, o enfermeiro obstetra compreende que para prestar assistência é necessária a formação do vínculo com a família, conforme evidenciado por cinco entrevistados:

Nós somos convidados a entrar nessa família então a gente tem que entender um pouco como que funciona aquela lógica, aquela sistemática, e a própria cultura de cada casal. O plano de parto ele não é um papel específico, mas acaba sendo constituído junto com o casal. A gente acaba compreendendo algumas coisas que aquele casal pode querer ou não. (E1)

A gente conversa muito, então não só sobre o que ela está sentindo, é sobre a família, sobre a mãe, sobre o pai, sobre o filho pequeno, sobre o marido, é tipo uma consulta mais geral, então fico mais de duas horas na casa da mulher cada vez que eu vou para conversar. (E4)

DISCUSSÃO

O enfermeiro obstetra diante de si

A assistência direta ao parto pelo enfermeiro obstetra é respaldada pela Resolução nº 516/2016 do COFEN. Ao identificar a ocorrência de distócia, devem-se tomar todas as providências necessárias até a chegada da equipe médica, mediante intervenções que garantam a segurança do binômio mãe/filho conforme sua capacitação técnico-científica e acompanhamento da família sob seus cuidados, da internação até a alta⁽³⁾.

A legislação faz parte do rol de elementos que amparam e protegem o enfermeiro obstetra proporcionando autonomia, por conseguinte maior satisfação profissional. Desta forma, a satisfação está diretamente relacionada ao ambiente de trabalho, ao vínculo estabelecido

entre pacientes e familiares, à diversidade social, ao conhecimento técnico-científico frente à prática profissional, à autonomia e segurança do profissional e ao acompanhamento do progresso do paciente em atribuição ao cuidado proporcionado⁽¹⁰⁾.

O reconhecimento profissional conquistado devido ao desempenho efetivo de seu papel faz com que os trabalhadores se sintam sujeitos do seu processo de trabalho, o que favorece a autonomia e o comprometimento com o mesmo. Quando o trabalhador tem a percepção dos resultados positivos, advindo do seu esforço, há satisfação no trabalho e desenvolvimento de um atendimento com maior qualidade⁽¹¹⁾.

Ao mesmo tempo em que o profissional adquire autonomia e sente-se satisfeito, pode também emergir um sentimento de insegurança. Ao prestar assistência à parturiente, o enfermeiro obstetra deve ficar atento para possíveis intercorrências ao binômio. Entretanto, para atuar com segurança e minimizar riscos, por meio da identificação precoce de emergências e atuando de forma eficiente, é imprescindível um elevado nível de conhecimento técnico e científico.

Na prática profissional, existem desacordos na percepção de enfermeiros e médicos na assistência à parturiente, tornando assim deficiente a relação entre a equipe multiprofissional. Faz-se necessário que os profissionais desenvolvam uma atuação efetiva e interdisciplinar, relacionando aspectos da assistência física, social, espiritual, psicológica e biológica da mulher⁽¹²⁾.

Conflito entre médicos e enfermeiros pode gerar problemas éticos, afetando a relação entre a equipe multidisciplinar e interferindo na qualidade do atendimento aos pacientes. De acordo com a literatura, problemas nas relações interpessoais são os fatores de estresse predominantes entre os profissionais⁽¹³⁾.

O conflito tem origem na disputa de comando e governança, na conquista de autonomia e, frequentemente, emergem diante de divergência de condutas, principalmente, na assistência baseada em diferentes modelos de atenção ao parto. Nesse sentido, a cultura da humanização e respeito no parto são o contraponto da prática tecnológica e intervencionista.

O enfermeiro obstetra diante da parturiente e da família no domicílio

Cerca de 140 milhões de nascimentos que ocorrem no mundo a cada ano são de parturientes sem fatores de risco. Contudo, houve aumento substancial nas últimas duas décadas do uso de intervenções durante o trabalho de parto para dar início, acelerar, finalizar, regular ou monitorizar o processo fisiológico do parto. Este aumento da medicalização dos processos de parto tende a prejudicar a própria capacidade da mulher de dar à luz e pode afetar negativamente a experiência do processo de parturição. A última diretriz de assistência ao parto da Organização Mundial da Saúde (OMS) se baseia na premissa de que a maioria das mulheres almejam um trabalho de parto e parto fisiológico em busca da realização pessoal e envolvimento na tomada de decisões, mesmo quando intervenções clínicas são necessárias ou desejadas⁽¹⁴⁾.

A enfermagem possui destaque, pois atende às necessidades da mulher incluindo aspectos físicos, sociais, espirituais, psicológicos e biológicos, estabelecendo atendimento humanizado. O atendimento baseado em boas práticas de assistência garante que o momento do nascimento seja vivenciado de forma única, positiva e enriquecedora. Ouvir, acolher, orientar e criar vínculo são elementos essenciais na realização do cuidado. Assim como garantir a privacidade, autonomia e o respeito à parturiente são indispensáveis na assistência⁽¹²⁾.

Promover a autonomia da parturiente significa fornecer informações à mulher e proporcionar liberdade às suas escolhas, compreendendo esse envolvimento nas decisões de cuidado. Assim, os direitos sexuais e reprodutivos da mulher são respeitados e, como consequência, os enfermeiros desenvolvem uma prática obstétrica menos intervencionista⁽¹⁵⁾.

O vínculo estabelecido entre parturiente/profissional/família é de extrema importância, pois a mulher em trabalho de parto pode se sentir fragilizada ou insegura. Assim, a confiança que o profissional proporciona à mulher faz com que a mesma confie em si própria, promovendo uma relação terapêutica e tornando o momento do parto uma experiência de vida, prazer e amor⁽¹⁶⁾.

O ambiente onde é realizado o parto pode interferir nos resultados da sua evolução. No domicílio, a parturiente possui segurança, pode ser acompanhada por pessoas que a amam, o que a faz se sentir livre para expressar seus sentimentos e realizar suas vontades. Em contrapartida, a institucionalização do parto e as práticas intervencionistas exercem influência para a perda de autonomia da parturiente e elevam as medidas de medicalização e a prática hospitalar intervencionista^(17,18).

Nem sempre a unidade hospitalar garante um atendimento de qualidade, pois a superlotação do serviço e as salas de observação que se tornam áreas de internação não favorecem um atendimento humanizado. Além disso, na maioria das vezes, os funcionários não possuem condições de trabalho que propicie a oferta de um cuidado integral à mulher, o que pode a expor a riscos que poderiam ser evitados⁽¹⁹⁾. Um estudo realizado em duas maternidades de Maringá, Estado do Paraná, com 358 puérperas, demonstrou que 332 haviam sofrido alguma intervenção, predominantemente as primigestas e com parto vaginal. Depois da cesariana (57%), a indução do trabalho de parto (42,2%) e a episiotomia (37,7%) foram as mais realizadas, sendo estas, quando associadas, mais observadas nas primigestas⁽²⁰⁾.

De acordo com as evidências científicas, a revisão sistemática evidenciou que mulheres em processo de parturição assistidas por enfermeiros obstetras ou obstetras necessitaram de menos intervenções no processo de parturição e sentiram-se mais satisfeitas⁽²¹⁾. Assim, a última diretriz de assistência ao parto vaginal da OMS leva em consideração que o parto é um processo fisiológico que pode ser realizado sem complicações para a maioria das mulheres e bebês. Ao mesmo tempo, reconhece a experiência positiva do processo de parturição como a experiência que cumpre ou excede as crenças e expectativas pessoais e socioculturais, incluindo dar à luz um bebê saudável em um ambiente clinicamente e psicologicamente seguro com continuidade do apoio prático e emocional de um companheiro de nascimento e de uma equipe clínica tecnicamente competente⁽¹⁴⁾. Assim, o domicílio seguro torna-se local passível de processo de parturição.

O PDP é associado a números significativamente menores de intervenções, maior satisfação materna e aumento da relação custo-eficácia em comparação com o nascimento em um centro obstétrico de hospital^(12, 22).

O PDP pode ser acompanhado por enfermeiro obstetra, por meio de uma rotina de encontros que ocorrem anteriormente ao trabalho de parto, com pré-natal de qualidade e solicitação de exames laboratoriais necessários para uma avaliação clínica. Se identificado algum risco para mãe e/ou bebê, é realizada a remoção para hospital próximo à sua residência em qualquer fase do trabalho de parto⁽²³⁾.

Pessoas que optam pelo parto domiciliar buscam profissionais capacitados e qualificados para este tipo de assistência, não pela relação do resgate do passado, mas sim pela maneira de revitalização do nascimento como algo íntimo e familiar. Para estes casais, a casa é o local mais seguro e apropriado para o parto. Os principais motivos pela escolha dos casais que optam pelo parto domiciliar é a valorização pela simplicidade de um parto natural⁽²⁴⁾. Desejam um parto acolhedor, envolto por profissionais que estimulem as boas práticas, que respeitem e discutam as condutas com as mulheres, tornando-as seres ativos e dotados de autonomia⁽²⁵⁾.

Contudo, em meio à realidade brasileira, alguns conselhos médicos têm tomado a posição de não apoiar médicos que atendem o parto domiciliar. Assim, enfermeiros obstetras têm

formados grupos de atendimento pelo país, para que os desejos e expectativas das gestantes e parturientes desde de que situação clínica seja favorável sejam atendidos e a experiência do processo de parto seja positiva conforme preconiza a OMS⁽¹⁴⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar as percepções dos enfermeiros obstetras que realizavam PDP, foi possível compreender que a atuação do profissional no domicílio se torna um campo de trabalho satisfatório e gratificante, proporcionando maior autonomia. Entretanto, traz em si dificuldades, inseguranças e conflitos interprofissionais.

Enfermeiros obstetras que atuam no PDP acreditam que esse modelo de assistência abrange valores que vão além dos aspectos científicos e tecnológicos, utilizando-se de um olhar holístico sobre esse momento.

No Brasil, percebe-se um aumento por essa modalidade de parto, já historicamente utilizada por outros países. Entretanto, ainda existem quesitos legais e morais como entraves para maior expansão e difusão na sociedade. Estudos dessa modalidade ainda são incipientes, portanto, sugere-se aqui que investigações dessa natureza sejam reproduzidas e publicadas a fim de incentivar o PDP, tornando-o uma prática cientificamente forte no país, a fim de efetivá-la por meio das políticas públicas de saúde.

PERFORMANCE OF OBSTETRIC NURSES IN PLANNED HOME BIRTH

ABSTRACT

Objective: To understand the perception of obstetric nurses about their performance in planned home birth. **Methods:** This is an exploratory study with a qualitative approach. For data collection, semistructured interviews were conducted between June and August 2015 with seven obstetric nurses that were performing this type of care in Curitiba, State of Paraná, Brazil. The data were analyzed according to thematic groups, as proposed by Bardin, from which two categories emerged: obstetric nurses facing themselves; and obstetric nurses facing puerperal women. **Results:** It was observed that the work of nurses in homecare became a satisfactory and rewarding field of work, since it allowed greater autonomy. However, this function can also trigger difficulties, insecurity, and conflict of interpersonal relationships. **Final considerations:** The work of obstetric nurses in homecare was satisfactory and rewarding, and promoted autonomy. However, it caused difficulties, insecurities, and interprofessional conflicts. They believed that homecare included values that went beyond scientific and technological aspects, using a holistic look at that moment.

Keywords: Natural childbirth. Humanized birth. Home birth. Obstetric nursing.

ACTUACIÓN DEL ENFERMERO OBSTETRA EN EL PARTO EN CASA PLANEADO

RESUMEN

Objetivo: comprender la percepción que el enfermero obstetra que atiende al parto en casa planeado tiene de su actuación. **Métodos:** se trata de un estudio exploratorio de abordaje cualitativo. Como técnica de recolección de datos fue utilizada entrevista semiestructurada, realizada, en el período de junio a agosto de 2015, con siete enfermeros

obstetras que realizam este tipo de parto em Curitiba, Paraná-Brasil. Los datos fueron analizados según grupos temáticos, propuestos por Bardin, de los cuales surgieron dos categorías: El enfermero obstetra ante sí; y el enfermero obstetra ante la mujer. **Resultados:** se identificó que la actuación del enfermero en casa se vuelve un campo de trabajo satisfactorio y gratificante, pues le posibilita mayor autonomía. Sin embargo, esta función también puede desencadenar dificultades, inseguridad y conflicto de relaciones interpersonales. **Consideraciones finales:** la actuación del enfermero obstetra en el domicilio constituye un trabajo satisfactorio, gratificante y que proporciona autonomía. Pero, trae dificultades, inseguridades y conflictos interprofesionales. Crean que la atención en casa abarca valores que van más allá de los aspectos científicos y tecnológicos, utilizándose de una perspectiva holística sobre este momento.

Palabras clave: Câncer. Cuidados Paliativos. Cuidadores Familiares. Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno Humaniza SUS. Humanização do Parto e do Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde [on-line]. 2014. [citado em: 10 mai 2019]; 4. Disponível em: http://www.redehumanizassus.net/sites/default/files/caderno_humanizassus_v4_humanizacao_parto.pdf.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, DF [on-line]. 2011. [citado em: 10 mai 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
3. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 516, de 24 de junho de 2016. Brasília. [on-line]. 2016. [citado em: 10 mai 2019]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html.
4. Backes MTS, Ribeiro LN, Amorim TS, Vieira BC, Souza J, Dias HHZR, et al. Desafios da gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal em maternidades públicas brasileiras. Investigaçao Qualitativa em Saúde. [on-line]. 2017. [citado em: 10 mai 2019]; 2, p. 411-420. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1232/1193>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal-Relatório de Recomendação. [on-line]. 2016. [citado em: 10 mai 2019]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal- versão resumida. [on-line]. 2017. [citado em: 10 mai 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.
7. Collaço VS, Santos EKA, Souza KV, Alves HV, Zampieri MF, Gregório VRP. The meaning assigned by couples to planned home birth supported by nurse midwives of the Hanami Team. Texto Contexto Enferm. [on-line]. 2017. [citado em: 10 mai 2019]; 26(2). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006030015>.
8. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temáticas [on-line]. 2014. [citado em: 20 mai 2019]; 22(44): 203-220. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144/1637>.
9. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
10. Firmino F, Alcântara LFFL. Enfermeiras no atendimento ambulatorial a mulheres com feridas neoplásicas malignas nas mamas. Rev. Rene [on-line]. 2014. [citado em: 11 jul 2017]; 15(2): 298-307. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3155>.
11. Bordignon M, Ferraz L, Beck CLC, Amestoy SC, Trindade LL. (IN)satisfação dos profissionais de saúde no trabalho em oncologia. Revista Rene [on-line]. 2015. [citado em: 11 jul 2017]; 16(3): 398-406. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2811>.
12. Koettker JG, Brüggemann OM, Dufloth RM. Planned home births assisted by nurse midwives: maternal and neonatal transfers. Revista da Escola de Enfermagem da USP [on-line]. 2013. [citado em: 11 jul 2017]; 47(1): 15-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100002>.
13. Lorenzini E, Mientkewic GA, Deckmann LR, Bazzo KO, Silva EF. Conflitos da equipe de Enfermagem: Revisão Integrativa. Revista Eletrônica Gestão & Saúde [on-line]. 2015. [citado em: 11 jul 2017]; 6(2): 1764-1773. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3011>.
14. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization. [on-line]. 2018. [citado em: 11 jul 2017]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>.
15. Santos RS, Caires TLG. O saber da enfermagem obstétrica e suas contribuições sociais para a autonomia da parturiente. Rev. Enf. Profissional. 2014; 1(2): 422-435.
16. Pieszak GM, Terra MG, Neves ET, Pimenta LF, Padoim SMM, Ressel LB. Percepção dos profissionais de Enfermagem acerca do cuidar em centro obstétrico. Rev. Rene [on-line]. 2013. [citado em: 11 jul 2017]; 14(3): 768-778. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3435>.
17. Gonçalves R, Aguiar CA, Merighi MAB, Jesus MCP. Experiencing care in the birthing center context: the users' perspective. Revista da Escola de Enfermagem da USP [on-line]. 2011. [citado em: 11 jul 2017]; 45(1): 62-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100009>.
18. Lessa HF, Tyrrell MAR, Alves VH, Rodrigues DP. Information for the option of planned home birth: women's right to choose. Texto Contexto Enferm [on-line]. 2014. [citado em: 11 jul 2017]; 23(3): 665-672. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000930013>.
19. Carvalho MVG. Os extremos e possibilidades de um serviço hospitalar de referência obstétrica na IV Região de Saúde de Pernambuco: avaliação e delineamento dos encaminhamentos municipais [dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
20. Monteschio LVC, Sgobero JCGS, Oliveira RR, Serafim D, Mathias TAF. Prevalence of medicalization of labor and delivery in the public health network. Cienc. cuid. saúde [on-line]. 2016. [citado em: 22 jan 2018]; 15(4): 591-598. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v15i4.33420>.
21. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shenann A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Systematic Review, [on-line]. 2016. [citado em: 11 mai 2019]. 28(4). doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>.
22. Cheyney M, Bovbjerg M, Everson C, Gordon W, Hannibal D, Vedam S. Outcomes of Care for 16,924 Planned Home Births in the United States: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009. Journal of Midwifery & Women's Health [on-line]. 2014. [citado em: 11 jul 2017]; 59(1): 17-27. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jmwh.12172>.
23. Seibert SL, Lessa HF, Ludovice M, Filardi J, Silva GEO. Movimento pelo parto domiciliar planejado na cidade do Rio de Janeiro em: ações do Coren-RJ. Rev. Enf. Profissional. 2014; 1(1):276-290.
24. Feyer ISS, Monticelli M, Knobel R. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. Esc. Anna Nery [on-line]. 2013 [citado em: 11 jul 2017]; 17(2):238-305. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200014>.
25. Sanfelice C, Shimo AKK. Good practices in home births: perspectives of women who experimented birth at home. Revista Eletrônica de Enfermagem [on-line]. 2016. [citado em: 11 jul 2017]; 18. doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v18.31494>.

Endereço para correspondência: Tatiane Herreira Trigueiro. Avenida Prefeito Lothário Meissner, 632, Bloco Didático II, 4º andar sala 06, CEP: 80210-170, Jardim Botânico, Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: tatiherreira@ufpr.br

Data de recebimento: 06/01/2018

Data de aprovação: 20/05/2019