



Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste
ISSN: 1517-3852
rene@ufc.br
Universidade Federal do Ceará
Brasil

Fróes de Oliveira Sanfelice, Clara; de Souza Freitas Abbud, Fernanda; Separovich Pregnolatto, Olívia;
Gonçalves da Silva, Michelle; Keiko Kakuda Shimo, Antonieta

Do parto institucionalizado ao parto domiciliar

Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, vol. 15, núm. 2, marzo-abril, 2014, pp. 362-370

Universidade Federal do Ceará

Fortaleza, Brasil

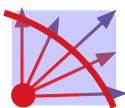
Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324031263022>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



Do parto institucionalizado ao parto domiciliar

From institutionalized birth to home birth

Del parto institucionalizado al parto domiciliario

Clara Fróes de Oliveira Sanfelice¹, Fernanda de Souza Freitas Abbud¹, Olívia Separavich Pregnolatto¹, Michelle Gonçalves da Silva¹, Antonieta Keiko Kakuda Shimo¹

Objetivou-se descrever a experiência vivenciada por um grupo de enfermeiras obstetras da cidade de Campinas, SP, Brasil, sobre o processo de transição do atendimento ao parto institucionalizado para o parto domiciliar, ocorrido no período de 2011 a 2013. Estudo do tipo relato de experiência, cujas reflexões, percepções e desafios vivenciados nesse processo foram coletados com uso da técnica de tempestade de ideias. Utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin, a qual originou quatro categorias temáticas: a experiência hospitalar; convivendo com a violência obstétrica; de volta para casa e os desafios da assistência domiciliar. Concluímos que atender o parto em domicílio tem oferecido maior satisfação às enfermeiras, mesmo diante de diversos obstáculos, já que é possível oferecer uma assistência à mulher e ao recém-nascido que contemple tanto o conceito de integralidade como as recomendações científicas atuais.

Descritores: Enfermagem Obstétrica; Parto Normal; Parto Domiciliar; Parto Humanizado.

The study aimed to describe the experiences of a group of nurse-midwives from the city of Campinas, SP, Brasil, regarding the transition process from attending institutionalized births to attending home births, in the period 2011 – 2013. The study is of the experience report type; the reflections, perceptions and challenges experienced in this process were collected using the technique of brainstorming. Content analysis, as proposed by Bardin, was used, which yielded four thematic categories: a) the hospital experience; b) living with obstetric violence; c) returning home and d) the challenges of home care. It is concluded that attending home births offers greater satisfaction to the nurses, even in the face of various obstacles, as it is possible to offer a care to the woman and new-born which covers both the concept of comprehensiveness and the current scientific recommendations.

Descriptors: Obstetric Nursing; Natural Childbirth; Home Childbirth; Humanizing Delivery.

El objetivo fue describir la experiencia vivida por un grupo de enfermeras en Campinas, SP, Brasil, acerca del proceso de transición de la atención institucionalizada para el parto domiciliario, en el período de 2011 a 2013. Relato de experiencia, cuyas reflexiones, percepciones y problemas enfrentados en este proceso fueron recolectados mediante la técnica lluvia de ideas. Se utilizó el análisis de contenido propuesto por Bardin, que emergieron cuatro categorías temáticas: experiencia del hospital, convivir con la violencia obstétrica; de vuelta a casa y desafíos de la atención domiciliaria. En conclusión, atender el parto en el hogar tiene ofrecido mayor satisfacción a las enfermeras, a pesar de diversos obstáculos, ya que es posible prestar asistencia a las mujeres y los recién nacidos que abarca tanto el concepto de integralidad como recomendaciones científicas actuales.

Descriptores: Enfermería Obstétrica; Parto Normal; Parto Domiciliario; Parto Humanizado.

¹Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

Autor Correspondente: Antonieta Keiko Kakuda Shimo
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária "Zeferino Vaz", Campinas, SP, Brasil. CEP: 13084-971.
E-mail: akkshimo@fcm.unicamp.br

Introdução

Para refletir sobre a atuação contemporânea da enfermeira obstétrica na realidade brasileira faz-se necessário compreender o processo de “construção” dessa profissão. Ao resgatar a história do processo de parto e nascimento identifica-se inicialmente a figura da parteira como responsável pelo trabalho de parto, parto e pós-parto.

Até o século XVIII, o parto era considerado um ritual de mulheres e não um ato médico, já que ficava a cargo das parteiras. No final do século XIX, os obstetras passaram a empreender campanhas para transformar o parto em um evento controlado, o que se efetivou na metade do século XX, no qual o cenário do parto domiciliar foi se alterando e sendo extinto paulatinamente⁽¹⁾.

A criação de hospitais específicos para a realização do parto – as maternidades – foi um evento do fim do século XIX. A construção de maternidades objetivava criar tanto um espaço de ensino e prática da medicina como um lugar onde as mulheres sentissem segurança para parir⁽¹⁾.

A mudança do parto doméstico, assistido por parteiras, para o parto hospitalar, conduzido por médicos, conferiu à assistência obstétrica novos significados. De evento fisiológico, feminino, familiar e social, o parto e o nascimento transformaram-se em um ato médico (masculino), no qual o risco de patologias e complicações se tornou a regra e não a exceção. Assim, instaura-se o modelo tecnocrático de assistência ao parto⁽¹⁾.

Neste modelo, o corpo da mulher é compreendido como máquina e a assistência prestada como linha de produção⁽¹⁾. O hospital, por sua vez, torna-se a fábrica, o corpo da mãe a máquina e o bebê representa o produto de um processo de fabricação industrial. A obstetrícia passa a desenvolver ferramentas e tecnologias para a manipulação e melhoria do processo inherentemente defeituoso do nascimento, caracterizado pelo sistema de linha de montagem industrial⁽²⁾.

Dessa forma, este modelo a) elimina a mulher como sujeito do parto e coloca o médico nesse lugar, cabendo a ele a autoridade, responsabilidade e a condução ativa do processo; b) não reconhece como legítimas as situações nas quais o ambiente externo e o estado emocional da mulher atuam dificultando ou facilitando o trabalho de parto e o parto; c) determina e facilita a atuação intervencionista do médico quando o mesmo achar apropriado; d) supervaloriza a utilização de tecnologia; e) aliena a parturiente em relação ao profissional e f) direciona o sistema para o lucro⁽²⁾.

Este modelo de assistência foi e é o referencial para sustentação e condução do processo de parto e nascimento dentro das instituições de saúde atuais, salvo algumas raras exceções.

O cuidado obstétrico contemporâneo dá origem a vários questionamentos sobre os efeitos da medicalização excessiva na assistência ao trabalho de parto e ao parto, principalmente, para as gestantes de baixo risco e seus bebês⁽³⁾. A utilização inadequada da tecnologia na atenção ao parto tem apresentado resultados maternos e perinatais desfavoráveis e a assistência intervencionista tem sido uma fonte de insatisfação para as mulheres. Além disso, os procedimentos desnecessários adicionam maiores custos ao cuidado e têm efeitos potencialmente adversos⁽⁴⁾.

Acreditamos que atuar dentro desse modelo de assistência pressupõe aceitação e/ou concordância com o mesmo. Quando se percebe insatisfação, falta de aceitação, discordância e até mesmo revolta para com esta forma de trabalho, o profissional sente uma profunda necessidade em se distanciar e então, parte em busca de uma nova forma trabalho, uma realidade contrária ao modelo tecnocrático: o modelo humanizado de assistência ao parto. Foi esse o caminho traçado por nós.

Nesse outro modelo de assistência são resgatados valores como o protagonismo, a individualidade, a privacidade e a autonomia de cada mulher. Ele envolve práticas cujo objetivo é promover

partos saudáveis, eliminando-se as intervenções desnecessárias e oferecendo outras comprovadamente consideradas benéficas. O modelo de humanização do parto pressupõe que segurança não é sinônimo de intervenção e tecnologia. Ao contrário, pressupõe a mínima utilização de intervenção no processo fisiológico de nascimento⁽¹⁾.

Em nossa trajetória profissional não encontramos uma assistência ao parto institucionalizada que seja sustentada pelo segundo modelo referido. Dessa forma, chegamos à conclusão que a enfermeira obstetra, que tem sua formação baseada na valorização da mulher e do processo fisiológico da parturição, não encontra espaço de atuação que priorize essa filosofia de trabalho. Neste cenário, a assistência ao parto em domicílio (re)surge como uma alternativa viável e coerente com os nossos valores e princípios, tanto pessoais quanto profissionais.

Em âmbito mundial já é reconhecido que a enfermeira parteira é a profissional adequada e com melhor custo-benefício para prestar o cuidado às parturientes. Nos países com melhores indicadores em saúde materna e neonatal, o modelo de atendimento alicerça-se no trabalho das enfermeiras obstétricas e obstetras⁽⁵⁾. No Brasil, o modelo de parto ainda está fortemente ligado e centralizado na figura do profissional médico.

A recente revisão sistemática da Biblioteca Cochrane, na qual foi comparado o modelo de atendimento oferecido pela parteira com outros tipos de modelos de atenção, mostrou que as mulheres assistidas por obstetras tiveram menor chance de hospitalização antenatal, menor risco de analgesia regional, de episiotomia e parto instrumental, maior chance de parto vaginal espontâneo, de sensação de controle durante o nascimento e de iniciar o aleitamento materno. Em grande parte dos estudos incluídos nesta revisão, a taxa de satisfação materna foi maior no grupo atendido pelas obstetras. Também foi identificada uma tendência de que o modelo de assistência liderado por obstetras teria um custo mais baixo que os outros modelos de assistência.

Assim, essa revisão, composta por 13 estudos e que envolveram aproximadamente 17 mil mulheres, concluiu que o modelo de assistência liderado por obstetras deve ser oferecido para a maioria das gestantes e as mulheres devem ser encorajadas a solicitar esta opção⁽⁵⁾.

Da mesma forma, o boletim da Organização Mundial de Saúde anunciou que são necessárias mais parteiras para se melhorar a sobrevivência de mulheres e recém-nascidos por todo o mundo, afirmado, categoricamente, que nos locais em que a enfermeira obstetra e/ou obstetra está presente, há uma necessidade muito menor de intervenções de emergência durante os partos e nascimentos⁽⁶⁾.

Tendo ciência de todas essas informações, as autoras resolveram trilhar um novo percurso profissional que lhes possibilitasse a prática de uma assistência obstétrica alicerçada nos pilares da humanização e que fosse, simultaneamente, sustentada pela medicina baseada em evidências.

Assim, esse artigo visa apresentar a trajetória profissional percorrida pelas próprias autoras, no processo de transição do atendimento ao parto hospitalar para o atendimento ao parto domiciliar, ou seja, compartilhar a experiência pessoal enquanto enfermeiras obstétricas com outros profissionais como estratégia de difusão de conhecimentos e como forma de suscitar novas discussões sobre o modelo de atendimento obstétrico brasileiro pautado na experiência relatada pelas autoras-sujeitos do estudo.

Método

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa na modalidade relato de experiência, realizado no período de setembro de 2011 a setembro de 2013. Utilizou-se a técnica de tempestade de ideias como estratégia para a coleta de dados durante um encontro das autoras, momento em que foram expostas as opiniões, reflexões e experiências vivenciadas por cada uma a respeito do tema em discussão. As falas elaboradas durante esse encontro foram gravadas

e imediatamente transcritas. Nenhuma informação contida no estudo é proveniente da experiência de terceiros, deste modo, visando os preceitos éticos e legais da pesquisa com seres humanos, informa-se que as próprias autoras são protagonistas do estudo.

O cenário do estudo diz respeito às experiências vivenciadas tanto em hospitais públicos e privados nos quais as autoras trabalharam previamente, quanto nos domicílios em que foram atendidos os partos durante o referido período, todos localizados no interior do Estado de São Paulo.

Os dados obtidos durante a sessão de “tempestade de ideias” foram analisados com base na técnica de Análise de Conteúdo Temático. A análise de conteúdo, enquanto método, representa um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens⁽⁷⁾.

De forma sucinta, a análise de conteúdo deve seguir as seguintes etapas: 1) Pré-análise: momento em que se organiza o material e formulam-se hipóteses ou questões norteadoras. Este primeiro contato com o material é chamado de “leitura flutuante”; 2) Exploração do material: representa a fase de codificação, em que os dados brutos são transformados de forma organizada e agregados em unidades. Este processo envolve três etapas, sendo elas: a) escolha das unidades de registro (recorte), b) a seleção de regras de contagem (enumeração) e c) a escolha de categorias (classificação e agregação) e 3) Tratamento dos resultados: compreende o momento de inferência e interpretação⁽⁷⁾.

Assim, pode-se dizer que esta modalidade de análise dos dados procura identificar os principais conceitos ou os principais temas abordados em um determinado texto, que, no caso desse estudo, foram as falas elaboradas durante o encontro das autoras⁽⁷⁾.

Os dados obtidos passaram pelas referidas etapas durante o processo de análise e originaram quatro categorias temáticas: a) a experiência hospitalar; b) convivendo com a violência obstétrica; c) de volta para casa e d) os desafios da assistência

domiciliar.

Resultados

Categoria A: A experiência hospitalar

Trabalhar dentro de instituições hospitalares tradicionais deixou marcas em nossa trajetória profissional. Elas foram essenciais para a nossa tomada de decisão.

Embora contraditório, percebemos que o profissional que é contratado por uma instituição deve seguir as normas e as rotinas impostas pelo protocolo local, mesmo que este não esteja de acordo com as evidências científicas atuais. Infelizmente, o profissional precisa aceitar essa condição como forma de manter estáveis as relações de trabalho e de, até mesmo, garantir o seu emprego.

No entanto, para aqueles que buscam exercer a enfermagem obstétrica com respaldo científico, mediante o uso criterioso das evidências, aceitar protocolos institucionais que não estejam em consonância com os estudos se torna um ponto de grande conflito e angústia. Era essa a nossa realidade.

Categoria B: Convivendo com a violência obstétrica

Presenciar a violência obstétrica cometida diariamente contra as mulheres por meio de palavras, expressões de ironia, procedimentos invasivos (amniotomia, uso de ocitocina sintética e episiotomia rotineira), condutas inadequadas (mentir para a paciente quanto a sua dilatação ou vitalidade fetal para indicar cesariana devido a interesses pessoais), coerção (parto cesárea eletivo forjando indicações que não são reais tais como macrossomia fetal, meconígio, circulares cervicais, bacia materna estreita), ameaça, entre outros e, se sentir impotente frente a tantas cenas humilhantes, contribuiu de forma decisiva para a nossa reflexão sobre o tipo de atendimento que gostaríamos de oferecer às parturientes.

Após trabalhar alguns anos inseridas nesse modelo de atendimento, e, portanto, nos percebermos

profundamente descontentes com essa realidade tão inflexível e cruel, começamos a questionar nossa trajetória profissional e, consequentemente, procurar um novo caminho de atuação. Estávamos em busca de um modelo de atenção que oferecesse à mulher uma experiência de parto mais humana, satisfatória e, acima de tudo, segura.

Categoria C: De volta para casa

Durante essa busca nos deparamos com a possibilidade de atender o parto em domicílio. Parir em casa rompe com o modelo atualmente vigente, que é caracterizado pela institucionalização do parto, pelo uso indiscriminado da tecnologia, pela incorporação de grande número de intervenções (muitas vezes desnecessárias), e que atende preferencialmente à conveniência dos profissionais de saúde e as questões financeiras envolvidas no sistema.

As mulheres que optam pelo parto domiciliar rompem com o modelo de assistência predominante. Da mesma forma, as enfermeiras obstetras que atendem o parto domiciliar rompem com o modelo de trabalho predominante. Ambos os rompimentos são permeados por preconceitos, medos, questionamentos e grandes desafios.

Categoria D: Os desafios da assistência domiciliar

Ao mesmo tempo em que nos sentimos realizadas profissionalmente dentro desse modelo de atendimento, vivenciamos diariamente todas as dificuldades que surgem quando mergulhamos em um campo de atuação tão pouco explorado e que ainda sofre muito preconceito/perseguição por diversas categorias da sociedade.

Sentimos que nosso maior desafio ainda é o embate diário com os profissionais de saúde não adeptos ao modelo e a sociedade de forma geral. Nesse ponto, precisamos estar sempre determinadas, coerentes, respaldadas e muito confiantes de que estamos oferecendo uma assistência segura e legalizada.

Discussão

O Conselho Federal e Regional de Enfermagem não se posiciona contrário ao atendimento domiciliar e a assistência ao parto de baixo risco realizado por enfermeiras obstetras e obstetras é prevista pela Lei do Exercício Profissional de nossa categoria (Lei 7.498, de 25 de junho de 1986).

Embora em alguns países como a Holanda, o Canadá e a Austrália, o parto domiciliar represente um evento não somente reconhecido, como também estimulado pelo sistema público de saúde⁽⁸⁻¹⁰⁾, no Brasil percebemos um cenário completamente diferente. O parto domiciliar, em nossa realidade, ainda é visto com muito preconceito por grande parte de nossa sociedade, principalmente devido à divulgação de conceitos equivocados sobre o tema.

Nos países acima citados, assim como em outros, o parto domiciliar é considerado uma modalidade de assistência tão segura quanto o parto hospitalar; se mostra como uma experiência mais satisfatória às mulheres e suas famílias e, acima de tudo, representa um serviço potencialmente menos oneroso ao Estado. Essas questões compõem as principais justificativas para que o Governo apoie e incentive a realização do parto domiciliar nos países de primeiro mundo⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Já no Brasil, percebemos que as mulheres que optam pelo parto domiciliar são socialmente reconhecidas como irresponsáveis, desinformadas e adeptas de um modismo. Da mesma forma, os profissionais que optam em oferecer esse atendimento estão sendo explicitamente coagidos pelos conselhos de classe, perseguidos e desmoralizados.

Para nós, o processo de mudança do atendimento obstétrico institucionalizado para o domiciliar ocorreu de forma gradual e enfrentou inúmeros obstáculos. Abandonar o modelo de assistência obstétrico hegemônico foi um processo que exigiu determinação, coragem e grande investimento intelectual.

O primeiro passo para essa nova trajetória profissional foi compreender e confiar na fisiologia do

corpo feminino e em sua condição natural para parir. Também foi necessário apropriação e aprofundamento do conhecimento produzido nos últimos anos que pudesse nos respaldar legal e cientificamente não somente para a prática do parto em casa, como para todos os procedimentos que seriam adotados antes, durante e após o processo de parturição.

Estudar se tornou uma premissa básica para nossa atuação. O conhecimento foi sendo adquirido por meio de leitura de artigos, principalmente os que apresentam experiências exitosas no Brasil e no mundo. A participação em lista de discussões, encontros com grupos de pesquisa, congressos, entre outros, foi essencial para nos fortalecer nessa opção de atendimento.

Com relação à literatura internacional, destacamos o famoso estudo holandês de coorte realizado com 529.688 mulheres de baixo risco. Nesse estudo comparou-se a mortalidade perinatal e morbidade severa entre partos planejados em casa e no hospital. Foi possível concluir que o parto domiciliar planejado não aumenta os riscos de mortalidade e morbidade perinatal grave em casos de baixo-risco⁽¹¹⁾.

Além disso, diversos outros estudos apresentaram resultados obstétricos e perinatais semelhantes quando comparados os locais de parto, o que tem favorecido a desconstrução da vigente concepção de que o parto domiciliar oferece maior risco para mãe e bebê⁽¹²⁻¹⁹⁾.

Esses estudos demonstram que o parto domiciliar está associado a baixas taxas de intervenções obstétricas⁽¹³⁻¹⁸⁾ e não há aumento nas taxas de mortalidade perinatal⁽¹²⁻¹⁸⁾, reforçando que o parto domiciliar de baixo risco, planejado e assistido por profissionais capacitados apresenta resultados favoráveis e pode ser considerado tão seguro quanto o parto hospitalar^(14,17-19).

A revisão de literatura publicada pela Biblioteca Cochrane comparou os efeitos sobre as taxas de intervenções, complicações e mortalidade do nascimento hospitalar x nascimento domiciliar planejado e, embora não tenha encontrado uma

amostra suficiente de estudos para estabelecer uma conclusão estatisticamente fundamentada, seus autores concluíram que não existe nenhuma evidência a favor do parto hospitalar planejado para gestantes de baixo risco e, portanto, não há provas para desencorajar o parto domiciliar para esse grupo. Os autores destacam, ainda, que há provas provenientes de bons estudos observacionais demonstrando algumas vantagens relacionadas ao parto domiciliar planejado⁽²⁰⁾.

Da mesma forma, as pesquisas nacionais, embora ainda escassas, apresentam resultados semelhantes à maioria dos estudos internacionais com relação a mortalidade materna e perinatal⁽²¹⁻²²⁾.

Inseridas nesse contexto, percebemos que o processo de trabalho predominante nas instituições e o próprio ambiente hospitalar, já não nos parecia um local adequado para o acompanhamento e a realização de partos. Na nossa experiência, trabalhar institucionalmente nos conduzia a praticar uma assistência obstétrica sem respaldo científico, agressiva e que, muitas vezes, violava os direitos humanos básicos das mulheres em trabalho de parto.

Essa condição de trabalho é alimentada por um sistema de saúde falho, que não realiza a adequada fiscalização dos serviços institucionais, mesmo quando estes apresentam indicadores de saúde materna e neonatal absolutamente divergentes aos recomendados.

O maior exemplo de falta de fiscalização e tomada de providências é a taxa de cirurgias cesarianas registrada nos últimos anos no Brasil. Sabe-se que esse número vem crescendo de forma assustadora, principalmente no setor de saúde suplementar, local em que alcança 89% dos partos realizados, segundo dados preliminares da recente pesquisa Nascer no Brasil: inquérito sobre parto e nascimento⁽²³⁾.

Do nosso ponto de vista, atuar dentro desse modelo de atendimento se mostrou coerente para os profissionais que não estão em contato com os resultados dos estudos e/ou reconhecem as recomendações atuais, mas não se incomodam em

não adotá-las na prática diária, seja por descaso, medo de represália ou como uma forma de evitar problemas de relacionamento interpessoal junto aos membros da equipe e a coordenação do serviço.

A adoção rotineira das práticas consideradas prejudiciais ao parto normal, também pode estar atrelada à concepção dos trabalhadores da saúde de que a experiência profissional é superior às comprovações científicas que fundamentam as recomendações atuais⁽²⁴⁾.

Vivenciamos este processo paulatinamente e a cada nascimento que se concretiza fortalecemos nossa escolha. Assim, não temos dúvida de que esta opção de trabalho tem nos proporcionado maior realização profissional, mesmo diante de tantos obstáculos, uma vez que apresenta bons resultados obstétricos e perinatais, além da explícita satisfação das mulheres/famílias com a experiência vivenciada.

Atender o parto em domicílio tem nos mostrado que é possível oferecer uma assistência à mulher e ao recém-nascido que contemple tanto o conceito de integralidade como as recomendações da ciência contemporânea.

Após o acompanhamento de diversos partos no ambiente domiciliar ao longo desses 2 anos, seguido de muita reflexão sobre nossa prática, descrevemos abaixo as principais contribuições que o atendimento ao parto em casa tem nos oferecido: a) compreensão de que cada mulher possui seu momento, sua forma e seu ritual para a experiência de parto, sendo benéfico permitir-lhes essa vivência; b) identificação do componente psicológico e emocional como fator que exerce grande influência sobre o processo de parto, sendo, muitas vezes, determinante para o seu desfecho; c) reconhecimento, como muito satisfatório, o atendimento que contemple a dimensão biopsicosocial e familiar de cada mulher; d) certificação de que o uso das Práticas Baseadas em Evidências confere segurança e culmina com ótimos resultados obstétricos e neonatais e; e) percepção de um forte sentimento de satisfação/realização por parte da parturiente e seu(s) acompanhante(s).

No que diz respeito às dificuldades vivenciadas nesse processo, destacamos as situações em que é necessária uma transferência hospitalar. A recepção institucional nem sempre é realizada de forma acolhedora, já que a maioria dos profissionais não concorda com o atendimento obstétrico domiciliar, o que gera uma situação tensa e constrangedora e, algumas vezes, ameaçadora, tanto para as enfermeiras obstetras, quanto para a parturiente e sua família.

A situação de urgência e/ou emergência que pode ocorrer durante o acompanhamento do trabalho de parto e parto em domicílio, representa outro ponto delicado para nossa prática. Para enfrentar esses momentos, precisamos a) estar continuamente capacitadas e seguras de qual conduta deve ser tomada em cada situação específica, o que é feito mediante a participação em congressos, oficinas, cursos de reciclagem e outros e, b) estar munida de todo material (incluindo medicações) que possa ser necessário durante uma situação de risco. Postas essas duas condições básicas para o atendimento de urgência, também foi preciso um grande processo de reflexão interna para compreender e aceitar a impotência diante de algumas situações e o caráter de fatalidade de outras.

Além disso, enquanto profissionais autônomas, sentimos que é necessário entregar-se à arte de partejar. E isso implica em plena confiança na fisiologia do corpo feminino e grande, senão total disponibilidade de tempo. Assistir partos naturais significa aceitar a imprevisibilidade inerente ao evento e assim, estruturar toda a vida pessoal e familiar para estar presente no momento em que somos solicitadas.

Considerações Finais

Abandonar o modelo de assistência obstétrico hegemônico foi um processo lento, permeado de muitas reflexões e que nasceu a partir das experiências intrahospitalares de atendimento ao parto das autoras.

Representou uma fuga profissional de um sistema alienante e cruel, sendo também uma forma

de protesto contra o modelo de atendimento a ele vinculado.

Nessa trajetória, percebemos que o atendimento ao parto domiciliar é um modelo ainda pouco conhecido pela sociedade brasileira, o que contribui para a construção de informações preconceituosas e errôneas a seu respeito e dificulta sua disseminação.

Assistir à mulher em trabalho de parto e parto em casa tem sido uma grande realização profissional, já que contempla a dimensão biopsicosocial da parturiente e respeita a fisiologia do corpo feminino. Aliado a esse fator, o atendimento domiciliar se mostra capaz de contemplar de forma integral as Práticas Baseadas em Evidências o que, por sua vez, nos respalda cientificamente e nos fortalece nessa desafiadora trajetória, mesmo na presença de diversos obstáculos.

Esperamos que este relato possa contribuir para com o esclarecimento dessa modalidade de assistência ao parto, ampliando e fortalecendo o campo de atuação da enfermeira obstetra no cenário obstétrico brasileiro e, inspirando novos profissionais a seguirem essa trajetória.

Agradecimentos

Agradecemos a todas as mulheres/casais que confiaram em nosso trabalho e permitiram nossa presença em seus partos domiciliares, sem os quais seria impossível a construção dessa nova trajetória profissional.

Colaborações

Sanfelice CFO participou na concepção, análise, interpretação dos dados e aprovação final da versão a ser publicada. Abbud FSF, Pernolatto OS e Silva MG participaram na concepção, interpretação dos dados e redação do artigo. Shimo AKK participou da análise, interpretação dos dados e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Maia MB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
2. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynecol Obstet.* 2001; 75(Suppl 1):5-23.
3. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Saúde Suplementar. O modelo de atenção obstétrica no setor suplementar de saúde no Brasil: cenários e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
4. Lobo SF, Oliveira SMJV, Schneck CA, Silva FMB, Bonadio IC, Riesco LMG. Maternal and perinatal outcomes of an alongside hospital birth center in the city of São Paulo, Brazil. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(3):800-6.
5. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 1(8):CD004667.
6. World Health Organization (WHO). More midwives needed to improve maternal and newborn survival. *Bull Word Health Organ.* 2013; 91:804-5.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
8. Walsh S. Having a baby in the Netherlands. Access guide. Netherlands: Bureau Kraamzorg Extra Rijswijk; 2012.
9. Ontario Hospital Association (OHA). College of Midwives of Ontario and Association of Ontario Midwives. Resource manual for sustaining quality midwifery services in hospitals. Ontario; 2010.
10. Government of South Australia. Department of Health. Planned birth at home: policy [Internet]. Adelaide: Government of South Australia; 2007 [cited 2013 sept 3]. Available from: www.health.sa.gov.au/PPG/Default.aspx?tabid=189
11. Jonge A, Van der Goes BY, Ravelli AC, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529.688 low-risk planned home and hospital births. *Int J Obstet Gynecol.* 2009; 116(9):1177-84.

12. Kennare RM, Keirse MJNC, Tucker GR, Chan AC. Planned home and hospital births in South Australia, 1991-2006: differences in outcomes. *Med J Australia*. 2010; 192(2):76-80.
13. Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *Can Med Assoc J*. 2009; 181(6-7):377-83.
14. Johnson KC, Daviss BA. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *Br Med J*. 2005; 330(7505):1416-23.
15. Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *Brit Med J*. 2011; 343(7400):1136-49.
16. Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2010; 203(204):1-8.
17. Jonge A, Mesman JAJM, Manniën J, Zwart JJ, Van Dillen J, Van Roosmalen J. Several adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. *Br Med J*. 2013; 346:1-10.
18. Hutton EK, Reitsma AH, Kaufman K. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: a retrospective cohort study. *Birth*. 2009; 36(3):180-9.
19. Fullerton JT, Navarro AM, Young SH. Outcomes of planned home birth: an integrative review. *J Midwifery Womens Health*. 2007; 52(4):323-33.
20. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 1(9):CD000352.
21. Colacioppo CM, Koiffman MD, Riesgo MLG, Schneck CA, Osava RH. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e perinatais. *Referência*. 2010; 3(2):81-90.
22. Koettker JG, Brüggemann OM, Dufloth RM, Knobel R, Monticelli M. Outcomes of planned home births assisted by nurses, from 2005 to 2009, in Florianópolis, Southern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(4):747-50.
23. Escola Nacional de Saúde Pública. Inquérito Epidemiológico sobre as consequências do parto cesáreo desnecessário no Brasil. Projeto Nascer no Brasil. [Internet]. 2011 [citado 2013 maio 1]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/29584>
24. Carvalho VF, Kerber NPC, Busanello J, Costa MMG, Gonçalves BG, Quadros VF. Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do sul do Brasil. *Rev Rene*. 2010; 11(n. esp.):92-8.