

BOLETIM INFORMATIVO ABENFO

Boletim ABENFO N.2 Edição out/2023 Comissão Permanente de Publicação e Divulgação

EDITORIAL

A Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras(os) Obstetras/ABENFO congrega Enfermeiras(os) Obstetras, Obstetras, e Enfermeiras(os) que atuam nas áreas da Saúde das Mulheres e do Recém-nascido e visa promover e acompanhar o desenvolvimento técnico-científico, sociocultural e político destas categorias profissionais; sua inserção nas políticas públicas e na iniciativa privada; e atua em defesa de um Sistema Único de Saúde/SUS, equitativo, com cobertura ampliada, acesso irrestrito, com gestão e cuidado de qualidade.

Para a elaboração do **BOLETIM INFORMATIVO N.2 out /2023** contou-se com o apoio de enfermeiras obstetras e obstetras com expertise em **Parto Domiciliar Planejado no Brasil**, tema central escolhido para este Boletim, e a elas agradecemos pelos relatos e primorosas contribuições. Destacamos, que as autoras são totalmente responsáveis pela veracidade dos dados, análises, opiniões e conteúdo dos textos temáticos.

O Boletim N.1 maio/2023 tratou de questões sobre a formação da enfermagem obstétrica no Brasil. O Boletim atual incluiu cinco textos temáticos sobre Parto Domiciliar Planejado, sendo eles: **1. Parto domiciliar: evidências científicas e cenário mundial. 2. Parto domiciliar planejado no Brasil: relato de conquistas e desafios; 3. Amparo legal do parto domiciliar planejado: atuação de enfermeiros obstetras e obstetras no Brasil; 4. A experiência do parto domiciliar planejado no Sistema Único de Saúde; 5. Grupo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre Parto Domiciliar Planejado (GIEPDP): inovação, experiências e avanços no Brasil.**

Além dos textos temáticos este Boletim conta com dois espaços permanentes: o espaço Notícias e o espaço ABENFO Faz, que destacam ações da ABENFO Nacional.

Desejamos a todas e todos bom proveito da leitura deste Boletim.

Comissão Permanente de Publicação e Divulgação



FICHA TÉCNICA

A COMISSÃO PERMANENTE DE PUBLICAÇÃO E DIVULGAÇÃO É COMPOSTA ATUALMENTE POR:

Profa. Dra. **Alessandra Crystian Engles dos Reis** - Enfermeira Obstetra - Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE);

Profa. Me. **Bruna Sepulveda** - Enfermeira Obstetra - Faculdade Estácio de Sá Teresina - PI. Membro da Diretoria da Abenfo Nacional.;

Profa. Dra. **Júnia Aparecida Laia da Mata** - Enfermeira Obstetra - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS);

Prof Dr. **Josielson Costa da Silva** – Enfermeiro Neonatologista – Universidade Federal da Bahia (UFBA);

Me. **Tatianne Cavalcanti Frank** - Enfermeira Obstetra/Parteira Urbana – Statera Cursos e Consultoria, DeMáter – PE e E.Levar – Portugal;

Dra. **Vânia Muniz Nequer Soares** - Enfermeira Sanitarista com foco na Saúde das Mulheres e Membro da Diretoria Abenfo Nacional (coordenação).

Editoração: Josielson Costa da Silva, Tatianne Cavalcanti Frank e Vânia Muniz Nequer Soares

Arte e Diagramação: Kelvia Lustosa

Revisão: Ligia Cardieri

A ABENFO NACIONAL INAUGUROU, EM 2023, O AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZADO PRÓPRIO, O AVA-ABENFO.

A ABENFO Nacional inaugurou, em 2023, o Ambiente Virtual de Aprendizado próprio, o AVA-ABENFO. O ambiente foi desenvolvido com recursos do III Edital Trilhas do CAIRO, promovido pelo UNFPA, no qual a ABENFO foi contemplada em 2022. Para a inauguração do AVA, que tem como objetivos prover cursos de atualização e discussões acerca de temas chave para enfermeiras obstetras, obstetrizes, enfermeiras neonatologistas e enfermeiras que atuam na área da saúde das mulheres e neonatos **foi ofertado o Curso de acolhimento de pessoas em situação de aborto e pós-aborto- AMPARA.**

No dia 30 de maio foi realizado o Seminário de Abertura do AMPARA. A presidente da Abenfo Nacional, Dra. Elisiane Gomes Bonfim, falou sobre Direitos Reprodutivos e a Enfermagem Obstétrica. Anna Cunha, Oficial de Programa para a Saúde Reprodutiva e de Direitos do UNFPA Brasil, dissertou acerca de Direitos Sexuais e dos editais Trilhas do Cairo. A Dra. Mariana Seabra, da Bloco A, apresentou o Curso AMPARA - Acolhimento de pessoas em situação de abortamento e pós-aborto, Leina Peres, da Rede Feminista de Saúde, apresentou a iniciativa coletiva feminista para colaborar com a formação profissional; Paula Viana, do Grupo Curumim, falou sobre Abortamento previsto em Lei: avanços e desafios e Dra Sandra Valongueiro, pesquisadora e docente da UFPE, trouxe informações acerca da Morte materna e abortamento

O Curso AMPARA foi desenvolvido pela Bloco A com o apoio da Universidade de Brasília. Foi ofertado pela ABENFO a partir de parceria, como estratégia de ampliar o acesso da enfermagem obstétrica ao Curso que trata de uma importante temática para a saúde sexual e reprodutiva, a atenção ao aborto legal nos serviços de saúde.

No Brasil, o aborto é criminalizado – exceto nos casos de violência sexual, anencefalia fetal e risco de morte para a pessoa gestante – e estigmatizado. Apesar da criminalização, muitas mulheres e pessoas que gestam recorrem a abortamentos inseguros, e essa é uma das principais causas de mortalidade materna no país.



NOTÍCIAS, cont.

Este curso teve o objetivo de instrumentalizar enfermeiras(os) obstetras para intervir, no contexto do aborto, de forma segura. Foi desenvolvido a partir da sistematização do conhecimento interdisciplinar, com base em evidências científicas, e produzido por especialistas na temática no Brasil e no mundo. O curso AMPARA oferece o que há de mais atual e científico sobre o tema e incorpora também conhecimentos relacionados às melhores práticas profissionais, para que a formação seja orientada pelos valores do cuidado integral, do acolhimento digno e empático, e da humanização.

Foram ofertadas 500 mobilizados e indicados ao curso, 529 profissionais de todas as 27 Unidades Federativas do Brasil, sendo 431 matriculados no AVA-ABENFO. Destes, 214 finalizaram o Curso. Em relação ao perfil dos participantes 91% se identificam com o gênero feminino e 8,5% ao masculino. Acerca da raça, cor, etnia 46% se auto referiram pardas, 7,7% pretas, 45,5 como brancas. Acerca da formação, foram 94,5% de enfermeiras e destas, 82,1% com especialização em enfermagem obstétrica.

Para finalizar o curso, no dia 17 de agosto foi realizado o Seminário de Encerramento do Ampara, com a participação da presidente da Abenfo Nacional, Dra. Elisiane Bonfim, Dra. Mariana Seabra, da Bloco A, Dra. Paula Viana, do Grupo Curumim. A seguir foi apresentado o Painel "A Atuação da Enfermagem na atenção ao aborto", com a participação da Dra. Lígia Maria Carlos Aguiar - Enfermeira do Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB que apresentou o Programa de Interrupção Gestacional Previstas em Lei (PIGL) da SES DF; Dra. Benita Spinelli - Enfermeira, Professora da Faculdade Enfermagem da Universidade de Pernambuco, Diretora do CISAM - UPE (Serviço Pró Marias) - Recife/PE, que apresentou a experiência no CISAM, Dr. Sondre Schneck - Professor Adjunto I no Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e integrante do Fórum de Aborto Legal RS, que falou acerca da atuação do Fórum no RS.

Elisiane Gomes Bonfim - Presidente da Abenfo Nacional,

ABENFO FAZ



As ações da ABENFO Nacional, realizadas por meio de sua diretoria, no período de março a setembro de 2023, foram:

- **Organização do Centro de Educação Permanente/Continuada e AVA ABENFO** e oferta do Primeiro Curso na Plataforma AVA para 500 enfermeiros(as) sócios(as);
- **Elaboração do Boletim Informativo ABENFO** N.1 edição mai/2023, e N.2 edição out/2023 pela Comissão de Divulgação e Publicação/ABENFO;
- **Participação nos Workshops Trilhas do Cairo**, encontros on-line síncronos, de formação acerca de marcos internacionais (Conferência do Cairo, Consenso de Montevideu, Cúpula de Nairóbi);
- **Participação em Audiência Pública na Assembléia Legislativa, no dia 09 de maio de 2023, na Câmara dos Deputados, na Comissão Especial** para estudo das razões do aumento de denúncias de violência obstétrica e a alta taxa de morte materna no Brasil, sobre o tema: Formas de enfrentamento aos índices de violência obstétrica e morte materna no Brasil;
 - **Participação na 344ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde**, nos dias 19 e 20 de julho de 2023, em Brasília/DF, com temática sobre mortalidade materna;
 - **Participação de Reunião Técnica a convite do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS/SGTES/MS)**, acerca das Práticas Avançadas de Enfermagem e indicação de representantes para a composição do Grupo de Trabalho com a temática "Práticas Avançadas de Enfermagem (GT-PAE)";
 - **Preparativos para o COBEON** que ocorrerá entre os dias 28/11 a 1/12/2023 em Brasília

PARTO DOMICILIAR: EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E CENÁRIO MUNDIAL

Por: Dra. Maíra Libertad
Dra. Mariane Menezes

O parto domiciliar planejado (PDP) é definido como o parto que ocorre no domicílio da família, de forma planejada, acompanhado do ponto de vista técnico pelas obstetras e/ou enfermeiras obstetras, assim denominadas formal e legalmente no Brasil (parteiros profissionais em outros países), a partir de criterioso rastreamento de fatores de risco para identificar gestantes elegíveis, de risco habitual, que optam livremente e de forma consciente por esse local de parto. Além disso, os PDP requerem material completo, experiência e treinamento específicos da equipe e plano de transferência bem estabelecido, seguindo protocolos e recomendações nacionais e internacionais de segurança.

A definição, apesar de óbvia para muitas pessoas, é necessária para diferenciar o PDP de partos ocorridos em domicílio em outras circunstâncias, como por exemplo aqueles sem assistência, emergenciais, sem planejamento ou ainda sem equipe e material adequados. Esta diferenciação é fundamental para discutir efetividade e segurança do PDP pois, mesmo no âmbito dos estudos comparando o PDP com partos ocorridos em outros cenários (casas de parto ou hospitais), há análises que combinam partos ocorridos com e sem planejamento, comprometendo a qualidade de suas conclusões. Do mesmo modo, opositores da liberdade de escolha do local de parto por parte de gestantes e famílias usualmente utilizam argumentos equivocados associando o PDP a partos sem assistência adequada.

Neste contexto, o PDP é uma das possibilidades de escolha de local de parto para gestantes de risco habitual, além do parto planejado para ocorrer em contexto hospitalar ou nas chamadas casas de parto (centros de parto e nascimento extra-hospitalares). Cada uma dessas opções associa-se a benefícios e riscos explorados no contexto de grandes estudos científicos internacionais de natureza observacional, tendo em vista que nenhum local de parto se associa a risco zero de desfechos desfavoráveis ou complicações. Conhecer esses estudos e seus resultados é essencial para a prática da enfermagem

obstétrica, uma vez que faz parte das atribuições das profissionais contribuir com o processo de tomada de decisão de gestantes e famílias sobre o local de parto, através de atividades de educação perinatal. Adicionalmente, as evidências científicas a respeito da efetividade e segurança do parto em cada contexto são guias para o estabelecimento de critérios de elegibilidade para o parto domiciliar, bem como para a definição de fatores de risco a serem rastreados durante o pré-natal.

Em março de 2023, uma atualização da revisão sistemática da Colaboração Cochrane(1) a respeito da comparação de PDP com parto planejado no hospital para gestantes de risco habitual foi publicada, tendo incluído apenas um ensaio clínico randomizado com 11 gestantes/parturientes que não teve poder suficiente para concluir sobre a segurança ou efetividade do parto domiciliar. É importante compreender o significado desta revisão, antes de avaliações precipitadas de que, então, haveria ausência de evidências em favor do parto domiciliar. As próprias autoras da revisão discutem que a randomização (processo de sorteio aleatório de alocar para qual grupo de intervenção cada sujeito vai, sem controle de sua vontade) não é factível para decisões em obstetria como o local de parto, sendo inclusive eticamente questionável.

Quem seriam as pessoas que, sendo elegíveis tanto para parto domiciliar quanto para parto hospitalar, aceitariam que a decisão sobre seu local de parto fosse tomada por um sorteio aleatório no contexto de uma pesquisa? Por esta razão, reconhece-se que o melhor nível de evidência possível para explorar riscos e benefícios dos diferentes locais de parto (domicilio inclusive) são grandes estudos observacionais com desenho metodológico de alta qualidade e, preferencialmente, reunidos em revisões sistemáticas e metanálises de estudos observacionais. Em estudos observacionais, a escolha do local de parto é feita pela pessoa gestante, dentro de critérios de elegibilidade dos casos definidos pelo estudo, e os resultados são analisados tomando cuidados metodológicos para

PARTO DOMICILIAR: EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E CENÁRIO MUNDIAL

Por: *Dra. Maíra Libertad*
Dra. Mariane Menezes

buscar garantir que os grupos de comparação (quem planejou parto em casa e quem planejou parto hospitalar) sejam comparáveis entre si, tendo uma distribuição similar de fatores de risco, por exemplo.

Duas revisões sistemáticas recentes avaliaram desfechos perinatais, obstétricos e uso de intervenções comparando partos planejados em domicílio com partos planejados no hospital(2,3). A primeira delas(3) comparou, em 16 estudos, o uso de intervenções e ocorrência de complicações obstétricas em aproximadamente 500.000 partos. Os resultados desta revisão indicaram que gestantes que planejaram partos em casa, quando comparadas àquelas que planejaram partos hospitalares, sendo de risco habitual, tiveram menos chance de cesárea, parto instrumental, analgesia peridural, episiotomia, laceração de 3º e 4º grau, condução do parto com ocitocina e infecção obstétrica. Os resultados combinados para hemorragia pós-parto indicaram que parturientes que planejaram parto em casa tiveram menor chance ou equivalente do desfecho, na comparação com os casos de parto hospitalar planejado. A segunda(2) analisou especificamente os desfechos dos bebês em cerca de 500.000 PDP incluídos em 14 estudos e não observou diferença estatisticamente significativa na chance de desfechos adversos (morte perinatal ou neonatal) entre partos planejados em casa ou no hospital.

Uma outra revisão sistemática com metanálise analisou em particular os desfechos de PDP comparados a partos planejados no hospital em países de alta renda(4). Esta revisão localizou 28 artigos que descreveram os seguintes desfechos: mortalidade perinatal, via de nascimento, morbidade materna e/ou admissão em UTI neonatal. A metanálise realizada indicou que os partos planejados no hospital tiveram menor chance de parto vaginal; que a chance de trauma perineal e hemorragia foram menores nos PDP; e que não houve diferença estatisticamente significativa para

mortalidade do bebê independentemente do local de parto. De forma similar, as autoras das revisões sistemáticas previamente citadas e as autoras desta revisão concluem que não há impacto negativo do parto domiciliar sobre o risco de mortalidade perinatal, e que as chances menores de morbidade materna e intervenções obstétricas observadas nos estudos dão suporte à expansão da oferta de partos domiciliares e partos extra-hospitalares, em geral, para gestações de risco habitual.

A conclusão desses estudos parece indicar que o PDP é uma opção segura, associada a menor risco de intervenções, menor chance de complicações obstétricas, com riscos perinatais comparáveis. Em outros termos: utilizando dados de grandes estudos observacionais, que analisaram cerca de meio milhão de partos, é possível compreender que o PDP não está associado a aumento dos riscos, seja para gestantes/parturientes de risco habitual, seja para seus bebês, havendo maior chance de partos fisiológicos. É importante destacar que essas revisões discutem especificamente o nível de integração do parto domiciliar nos sistemas de saúde em que esses partos ocorreram como uma variável a ser considerada para analisar a segurança do PDP. Este é um ponto crucial que precisa ser discutido quando analisamos o cenário brasileiro, em que o nível de integração das enfermeiras obstetras/obstetrias que atuam em domicílio é muito diverso e não conta com mecanismos sistematizados de garantia no nível da política pública. Este é um debate urgente em nosso contexto para aumentar a segurança dos PDP e proteger profissionalmente as enfermeiras obstetras e obstetrias que oferecem cuidado em domicílio.

PARTO DOMICILIAR: EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E CENÁRIO MUNDIAL

Por: Dra. Maíra Libertad
Dra. Mariane Menezes

Neste âmbito, um estudo de Comeau et al, 2018(5), analisou especificamente o nível de integração do parto domiciliar dentro do sistema de saúde em 11 regiões do mundo, utilizando critérios padronizados. A análise concluiu que o PDP é bem integrado ao sistema de saúde em British Columbia (no Canadá), Inglaterra, Islândia, Holanda, Nova Zelândia, Ontário (também no Canadá) e no estado de Washington (nos EUA). Já na Austrália, Japão, Noruega e Suécia o PDP foi considerado menos integrado ao sistema de saúde. A principal contribuição desse estudo para o debate sobre o cenário brasileiro é a proposição de perguntas estruturadas para avaliar o nível de integração, e que podem conduzir o debate a esse respeito no cenário nacional. As perguntas utilizadas foram as seguintes:

- Que tipo de profissionais atendem partos domiciliares?
- A entidade que regula a prática de parteiras profissionais (colégio, associação ou outro regulador) inclui parto domiciliar na descrição do escopo de práticas das parteiras profissionais?
- As profissionais que atuam em partos domiciliares são reconhecidas no seu contexto como prestadoras primárias de cuidado materno/obstétrico?
- Estas profissionais são regulamentadas?
- Treinamento específico é exigido destas profissionais?
- Existem políticas, procedimentos, regulamentações ou diretrizes de prática clínica que estas profissionais utilizam para definir critério de elegibilidade para PDP?
- A entidade reguladora da prática de gineco-obstetras possui um posicionamento oficial sobre PDP?
- As pessoas precisam pagar um valor do próprio bolso para ter um PDP?
- É possível para uma profissional que atende PDP transferir facilmente uma mulher e/ou o recém-nascido para o hospital de ambulância?

- As profissionais que atuam em PDP possuem privilégios/direitos para admitir elas próprias uma mulher no hospital em caso de transferência?
- As profissionais que prestam cuidado no domicílio podem continuar prestando cuidado ao chegar no hospital após transferência?
- As profissionais que atuam em PDP carregam consigo material e equipamento para emergências?

Outro aspecto relevante para compreender o PDP, que vem crescendo em volume na literatura, diz respeito às motivações de gestantes e famílias para escolher o domicílio como local de parto. Este tema vem sendo objeto de estudos qualitativos em diversos locais do mundo que parecem apontar para similaridades nas razões, desejos e preferências das famílias que optam pelo PDP. Uma revisão recente de tais estudos observou que experiências prévias de partos traumáticos e uma preferência por um parto fisiológico são fortes motivadores da decisão de planejar um parto domiciliar, ainda que estas gestantes identifiquem que sofrem críticas e estigmatização por parte de sua rede social, bem como de profissionais do sistema obstétrico convencional. Os discursos dessas pessoas pontuam que a competência e o suporte de suas parteiras contribuem para aumentar sua autoconfiança e para tornar o planejamento de um parto em casa uma experiência positiva. As autoras da revisão recomendam que informações baseadas em evidência sejam compartilhadas com gestantes e suas famílias para que tomem decisões informadas sobre local de parto.

PARTO DOMICILIAR: EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E CENÁRIO MUNDIAL

*Por: Dra. Maíra Libertad
Dra. Mariane Menezes*

Estes são achados que provavelmente refletem também o que as enfermeiras obstetras/obstetrizes atuando em PDP no Brasil encontram em suas práticas, tanto no que diz respeito às motivações subjetivas para a escolha do PDP quanto aos estigmas e barreiras enfrentados pelas famílias que são atendidas em casa. Estratégias e iniciativas para dar visibilidade às diferentes alternativas de local de parto com base em informações baseadas em evidências de boa qualidade, podem auxiliar na trajetória de tomada de decisão dessas famílias, mas também na diminuição do desconhecimento e preconceito da sociedade em relação ao PDP. Paralelamente, ações para o fortalecimento da integração das obstetrizes e enfermeiras obstetras (parteiras profissionais atuantes em PDP junto ao sistema de saúde) são urgentes para garantir acesso ao melhor cuidado disponível para gestantes, parturientes, puérperas e bebês, tanto nos casos em que os partos planejados efetivamente ocorrem em casa, quanto nas situações de necessidade de transferência de cuidado da gestação ao pós-parto, eletiva ou emergencial.

PARTO DOMICILIAR: EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E CENÁRIO MUNDIAL

Por: Dra. Maíra Libertad
Dra. Mariane Menezes

Referências:

1. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth compared with planned home birth for pregnant women at low risk of complications. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2023 Mar 8 [cited 2023 Aug 29];3(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36884026/>
2. Hutton EK, Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2023 Aug 29];14:59–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31709403>.
3. Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K, Hutton EK. Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2023 Aug 29];21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32280941/>
4. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery* [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2023 Aug 29];62:240–55. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29727829/>
5. Comeau A, Hutton EK, Simioni J, Anvari E, Bowen M, Kruegar S, et al. Home birth integration into the health care systems of eleven international jurisdictions. *Birth* [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2023 Aug 29];45(3):311–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29436048/>



Dra. Maíra Libertad Soligo Takemoto –
Enfermeira Obstetra – Levatrice® Cursos



Prof. Dra. Mariane de Oliveira Menezes –
Obstetrix – Levatrice® Cursos

PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO BRASIL: RELATOS DE CONQUISTAS E DESAFIOS

Por: Heloisa Lessa

Escrever sobre Parto Domiciliar Planejado em centros urbanos no Brasil é um desafio; são poucas as publicações, e poucos dados epidemiológicos disponíveis. Atender a partos domiciliares no Brasil em centros urbanos é ainda um desafio muito maior.

A partir da década de 90 no Brasil, com índices elevados de mortalidade materna e perinatal, e com crescente aumento nas taxas de cesariana e sob a influência do movimento de mulheres que clamava por direitos sexuais e reprodutivos, na 23ª Conferência Pan-americana de Saúde e Reunião Mundial de Cúpula em favor da Infância (1990), foi estabelecido um conjunto de resoluções para a melhoria da qualidade da atenção à gestação, parto e nascimento. Entre outras, recomendou-se a implantação de um sistema de vigilância da mortalidade materna. O Brasil comprometeu-se a diminuir em 25% a taxa de mortalidade materna e foram implantados pelo Ministério da Saúde 21 comitês estaduais de combate à mortalidade materna;

Em 1995 o Ministério da Saúde em parceria com a FEBRASGO, UNICEF e OPAS lança o Projeto "Maternidade Segura", a partir de um diagnóstico da situação de saúde, no qual propõe oito passos para a garantia de uma assistência de qualidade, sendo um deles incentivar o parto normal e humanizado (1).

Em 1996 a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em parceria com o Ministério da Saúde brasileiro através de um grupo técnico e com o apoio da Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA), elaboraram a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal:

....."como um conjunto de práticas que visam a promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal. Essas práticas incluem o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento, em que as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis." (OMS, 1996) (2).

O **Guia Prático para Assistência ao Parto Normal** foi também lançado nessa época e utilizado como norteador para a implementação do parto humanizado nos serviços de saúde, em que as práticas obstétricas eram classificadas, ou como claramente benéficas e deveriam ser mantidas, outras que deveriam ser abolidas por serem potencialmente danosas e ainda as práticas obstétricas que deveriam ser usadas com cautela e de forma individualizada por não termos conhecimento suficiente sobre os benefícios ou riscos das mesmas.

Em novembro de 2000 em Fortaleza ocorreu a Conferência Internacional pela Humanização do parto e Nascimento. Uma iniciativa da JICA, em parceria com a recém-criada ReHuNa - Rede de Humanização do Parto e Nascimento. Compareceram 2000 pessoas ao Evento, e estiveram palestrando nomes internacionais como Robbie Davis-Floyd, Michel Odent, Lesley Page, Marsden Wagner, Ina May Gaskin entre tantos outros; esse foi um marco para a mudança de modelo assistencial. Deixávamos um modelo altamente tecnocrático e iniciávamos uma transição para um modelo mais humanizado, a partir da troca de conhecimento científico que se estabeleceu nas parcerias com instituições como a Organização Mundial da Saúde e Organização Panamericana de saúde (3).

As enfermeiras obstetras aderiram fortemente ao modelo da humanização do parto, o parto entendido como um evento fisiológico, e trabalham com base nas práticas baseadas em evidências científicas.

A expressão "tecnologia de cuidado" contrapõe o parto no modelo medicalizado, entendido como um procedimento técnico, revestido de tecnologias oriundas da industrialização da saúde e da medicina, em oposição à ideia de parto desmedicalizado. que tem como base a fisiologia e as necessidades básicas da mulher em trabalho de parto, que levam em consideração a importância do antagonismo entre o néo-córtex e o cérebro primitivo responsável pelo necessário coquetel de hormônios liberados durante todo o processo de parto e nascimento (4).

PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO BRASIL: RELATOS DE CONQUISTAS E DESAFIOS

Por: Heloisa Lessa

Na lógica medicalizada a expressão "tecnologia" é frequentemente associada a equipamentos sofisticados (as tecnologias duras); na lógica desmedicalizada a expressão "tecnologia de cuidado" se despe de equipamentos e se pauta na atitude. Por isso mesmo, a classificaram como "tecnologia relacional" (5). Para os autores a tecnologia relacional pressupõe aspectos fundamentais como o acolhimento, o vínculo entre as pessoas que interagem e a relação como sendo de sujeito a sujeito. Essa é a primeira e principal característica das "tecnologias de cuidado". As enfermeiras que incorporaram o significado de desmedicalização mudaram a sua prática, estabelecendo-se um ciclo no qual a desmedicalização foi o caminho para a reconfiguração da prática da enfermeira que será mantida e dará sustentação a própria desmedicalização (4).

Nesse novo cenário que começa a se desenhar a partir de 2000 com apoio das políticas públicas, a enfermagem obstétrica ressurgiu e ganhou força no cenário do parto nas maternidades, nas recém criadas casas de parto e também no cenário do parto domiciliar planejado. Cria-se na USP o curso para formação das obstetras, o que também reforça o crescimento de profissionais voltados para a atenção à gestação com menos intervenções (6).

O embate com a corporação médica já ocorria nos diversos planos e as enfermeiras enfrentaram grande resistência ao atuarem nas salas de parto das maternidades do SUS (7).

Não há como separar meu crescimento como enfermeira obstetra, que atua em partos domiciliares de forma autônoma, e o movimento social e político que clamava por redução das taxas de cesarianas e de outras intervenções obstétricas. Foi dentro dessa conjuntura social e política que em 2007 fui descoberta pelo Jornal "O Globo" e acabei virando capa da Revista de Domingo e do Jornal no Dia das Mães.

O título da capa era "Profissão: Parteira". Foi uma longa reportagem onde eu descrevia minha atuação no Parto Domiciliar Planejado no Rio de Janeiro. Na reportagem ficava claro que essa assistência ocorria com mulheres usuárias na sua grande maioria do setor privado de saúde. A matéria teve circulação nacional pois o jornal já era um dos principais veículos impressos do país.

Logo após essa publicação, o CREMERJ, em assembleia com a presença de seus associados, recomendou veementemente, e por escrito através de seu Jornal, que os médicos não assistissem ou participassem de suporte/apoio no caso dos partos planejados para ocorrer em domicílio, com ameaça, inclusive, de processo administrativo e ético por parte deste Conselho (8).

No Rio de Janeiro, local onde atuo, o conselho médico se faz bem atuante no sentido de tentar eliminar a autonomia da enfermagem. A Casa de Parto David - Capistrano Filho em Realengo, única Casa de parto do nosso Estado, que faz parte do SUS, já sofreu inúmeras tentativas de fechamento desde a sua inauguração.

Em 2011, temos o Lançamento da Rede Cegonha pelo Ministério da Saúde. Um programa gigantesco, com orçamento considerável, visando a mudança no modelo de atenção, com o propósito de aumentar o número de Centros de Parto Normal disponíveis para a população e oferecer cuidado por enfermeiras obstetras e obstetras em partos vaginais. As políticas públicas avançavam e reconheciam a importante atuação da enfermagem obstétrica na mudança do modelo. A Rede Cegonha trazia em si a questão das Equipes multidisciplinares em benefício da população (9).

A luta jurídica pelo cerceamento ao direito à opção pelo parto domiciliar planejado nos centros urbanos se inicia no Rio de Janeiro e a tática já conhecida de eleger um elemento e aniquilá-lo como forma de abortar todo um movimento se fez presente.

PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO BRASIL: RELATOS DE CONQUISTAS E DESAFIOS

Por: Heloisa Lessa

Em 2012 o CREMERJ tenta me processar com a alegação de que eu havia exposto uma parturiente ao risco por ter atendido seu parto em casa. A carta da mãe feliz e satisfeita com o atendimento recebido foi a primeira página da minha defesa. Esse processo foi arquivado.

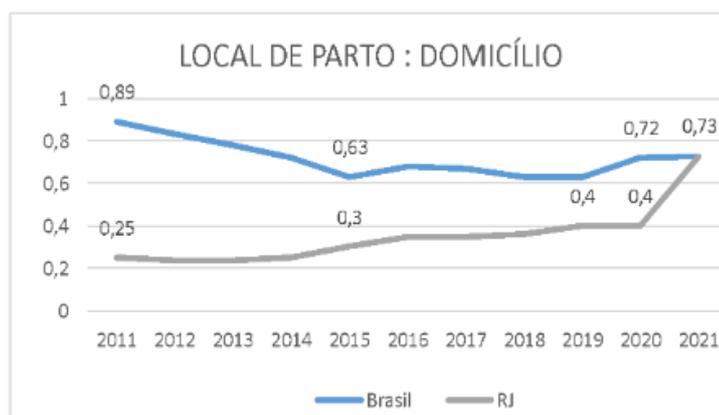
A corporação médica tem atuado fortemente no intuito de desacreditar e impedir o parto realizado por enfermeiras obstetras ou obstetras em especial fora das instituições hospitalares. Uma das estratégias foi inclusive a utilização da expressão "não médicos" ao se referirem ao profissional que atende a partos, em substituição ao nome da enfermagem obstétrica, a única profissão, além das parteiras tradicionais e médicos que tem autonomia legal para assistir a partos normais em mulheres de risco habitual. Outra estratégia utilizada são processos contra as Casa de Parto e profissionais que nela atuam.

Em 2018, o CREMERJ, sem que nenhuma imperícia ou negligência tenha ocorrido de nossa parte, tentou mais uma vez coibir a atuação autônoma de enfermeiras obstetras nos partos domiciliares planejados. Em Ação Civil Pública 005104107.2018.4.02.5101 o CREMERJ requereu, em medida de urgência, que Halyne Limeira Pessanha e eu, Heloisa Ferreira Lessa, enfermeiras obstetras fossem impedidas de executar o procedimento denominado Parto Humanizado ou qualquer outra prática obstétrica sem que fizessem parte de uma equipe médica. Também na mesma Ação exige-se que o COFEN – Conselho Federal de Enfermagem coíba a atuação de qualquer enfermeira obstetra ou obstetra de forma autônoma. Vale ressaltar que a assistência ao parto de risco habitual realizado pela Enfermeira obstetra tem apoio legal da Lei n.º 7498 de 1986 (Lei do Exercício Profissional da Enfermagem).

Esse processo aguarda o aceite para ser julgado pelo Supremo Tribunal Federal -STF e pelo Supremo Tribunal de Justiça – STJ.

Os dados mais recentes do DataSUS apontam que em 2021 houve um índice ínfimo de partos domiciliares no Brasil, mesmo com um ligeiro aumento impulsionado pela pandemia da COVID 19 como demonstra o Gráfico 1: a proporção de partos domiciliares não chega a ser 1% dos partos do território Nacional. Isso reforça a ideia de que essa opção na realidade não é uma opção para a maioria das mulheres e está muito longe de ameaçar a hegemonia absoluta de partos em instituições de saúde no Brasil.

Gráfico 1. Proporção de Partos Domiciliares.



Fonte: Ministério da Saúde (Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC).

O Gráfico 1 aponta para uma leve tendência de aumento de percentual de partos domiciliares, principalmente depois de 2015. Importante mencionarmos que em 2015 tivemos a epidemia de Zika vírus que impactou nas taxas de natalidade do país. Em março de 2020 ocorre o início da pandemia de Covid 19, o que sugere mais uma vez um aumento na procura pelo parto domiciliar planejado nos centros urbanos (12).

Apesar da maioria dos médicos se opor aos PDP, a experiência vivida ao longo desses anos fez com que se tornasse mais comum a existência de equipes de enfermeiras obstetras que atendam a partos domiciliares com o apoio de médicos obstetras e pediatras parceiros que, nos casos em que a transferência hospitalar se faz necessária, se dispõem a receber e dar sequência ao atendimento à parturiente.

PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO BRASIL: RELATOS DE CONQUISTAS E DESAFIOS

Por: Heloisa Lessa

Esse modelo de atenção ao parto domiciliar planejado traz como benefício a continuidade do cuidado, que foi apontado como fator importante para a segurança com desfecho favorável em partos domiciliares planejados (13).

Segundo estudos científicos nacionais é alto o grau de satisfação das mulheres que planejaram ter seus bebês em casa. As mulheres fizeram esse planejamento depois de examinar com detalhes os prós e contras. A maioria dessas mulheres tem alto grau de acesso a informação e a educação (3,14,15,16).

Do ponto de vista das enfermeiras obstetras, o PDP tem sido apontado como espaço de autonomia e satisfação profissional (14,17). Inclusive as clientes atendidas por enfermeiras obstetras para consultas de pré-natal, podem ser reembolsadas por esse atendimento, segundo as recomendações da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar (18).

Em busca nas redes sociais, percebemos que boa parte das enfermeiras que atuam no PDP fazem parte de pequenas equipes, trabalham em conjunto com outras profissionais, o que também permite manterem vínculo empregatício em instituições de saúde.

Do ponto de vista da segurança para a mãe e o bebê, as evidências científicas reportam que o parto domiciliar planejado, para mulheres de risco habitual, é tão seguro quanto o parto hospitalar, a partir da seleção criteriosa da gestante, de um atendimento pré-natal de qualidade e com hospital de referência definido, caso seja necessário a transferência para o ambiente hospitalar (19,20,21).

Destaca-se, que no atendimento ao PDP pretende-se uma obstetria baseada em evidências científicas, considerando a importância do ambiente doméstico como local de parto. Desta maneira, com o mínimo de intervenções e o protagonismo materno e familiar. Apesar de termos poucos estudos específicos, pois precisamos comparar partos que ocorrem em casa e partos normais em outros ambientes. Assim, vale considerar algumas especificidades do parir e nascer em casa:

- O microbioma intestinal é estabelecido principalmente nas primeiras duas horas após o nascimento, possui funções metabólicas e representa cerca de 80% do sistema imunológico de um adulto. Sabe-se que esse sistema começa a ser educado, programado, imediatamente nos primeiros minutos, de vida. Duas horas após o nascimento se tem mais microrganismos do que células no corpo humano e o ideal é que sejam os microrganismos familiares, em especial os de origem materna, a colonizarem os bebês.

- O efeito do nascimento num ambiente bacteriológico desconhecido e sua relação com as doenças alérgicas, autoimunes e a obesidade. Com a compreensão recente que adquirimos quanto a importância do microbioma para a saúde futura da pessoa, podemos dizer que do ponto de vista do sistema imunológico não existe melhor lugar para se nascer do que o ambiente doméstico (22).

Então ao nos debruçarmos para analisar a situação do PDP nos centros urbanos no Brasil - apesar das evidências científicas favoráveis e do alto grau de satisfação das mães, famílias e também das enfermeiras obstetras e obstetras, nos damos conta que talvez estejamos num momento delicado de definição do caminho que o PDP nesses centros irá seguir.

PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO BRASIL: RELATOS DE CONQUISTAS E DESAFIOS

Por: Heloisa Lessa

Estudos internacionais nos indicam o movimento Free - Birth, parto livre na tradução literal, e que na prática significa o parto sem assistência profissional. Esse movimento ainda é pequeno, mas já está estabelecido, é importante nos questionarmos por que ele surgiu?

O parto em casa sempre existiu e podemos nos perguntar se futuramente algumas mulheres, algumas poucas, vão acreditar no potencial do seu corpo em conexão com seu bebê e vão optar por terem partos no ambiente familiar?

Do ponto de vista da enfermagem obstétrica, que caminho vamos seguir? Seremos fortes e unidas o suficiente para fazer frente a tantos interesses contrários ao parto domiciliar planejado? O quanto vamos seguir na luta por nossa real autonomia no atendimento às grávidas e parturientes?

Temos argumentos científicos para defender a desmarginalização do PDP. Tornar política pública com as enfermeiras obstetras e obstetrizas atuando em parceria com as equipes da Estratégia de Saúde da Família e os demais níveis de atenção secundária e terciária seria um caminho possível, viável e seguro dentro do SUS e do setor privado.

No entanto, as políticas de saúde no Brasil a partir da atuação do Governo Bolsonaro em 2019, exemplificadas pela substituição da Rede Cegonha pela REMI - Rede de Atenção Materna e Infantil, deixam evidente a forte atuação das instituições médicas conservadoras que recusam a aceitar a autonomia da enfermagem obstétrica e todo o arcabouço legal que dá suporte a essa atividade dentro das instituições de saúde e da assistência autônoma.

No que tange ao parto domiciliar planejado, (agosto 2023) o Processo, já descrito anteriormente, continua a espera de ser julgado, ainda sem data marcada pelo STF e STJ. O que está em questão é a atuação da enfermagem obstétrica autônoma, sem o controle do profissional médico.

É o direito a opção das mulheres sobre em que local e com quem desejam parir seus filhos. O que está em jogo é a possibilidade esdrúxula de andarmos para trás e criminalizar o parto domiciliar planejado e as enfermeiras e obstetrizas que nele atuam.

Não sabemos quantas enfermeiras obstetras existem atuando nos domicílios. O que sabemos é que somos poucas se pensarmos um País com a dimensão do Brasil. No entanto, representamos autonomia, capacidade técnica e humana em atender mulheres de risco habitual sem estar sob a égide ou controle de outro profissional. Somos exemplos para a mudança de modelo de atenção obstétrica e para o fortalecimento das mulheres!

Que esse artigo possa ser um chamado a nossa união em torno dessa causa que diz respeito a nossa autonomia profissional, e a das mulheres, e a de todas as famílias brasileiras. Que o Cobeon 2023 possa ser um momento de encontro, reflexão e compromisso da Abenfo e outras importantes instituições lá representadas, na luta pela garantia do PDP de forma segura, e incluído nos sistemas de saúde.

Parto domiciliar planejado, um direito da mulher e do bebê. Uma possibilidade segura. Um local de liberdade e autonomia profissional das enfermeiras obstétricas, obstetrizas e parteiras tradicionais.

Referências:

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Assistência à Saúde, Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Fundo das Nações Unidas para Infância, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo de População das Nações Unidas. Oito passos para a maternidade segura. Ministério da Saúde; 1995.

PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO BRASIL: RELATOS DE CONQUISTAS E DESAFIOS

Por: Heloisa Lessa

2. Organização mundial da saúde. Maternidade segura. Assistência ao Parto Normal: Um guia prático. Brasília: Organização mundial da saúde; 1996.
3. Ferreira Lessa H. A SAÚDE DA MULHER E A OPÇÃO PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO [Tese de Doutorado]. [Universidade Federal do Rio de Janeiro]; 2012.
4. Progianti J, Gomez L, Lessa H, Ludovice M, Vargens. Assistência ao Parto Humanizado. Revista Enfermagem Atual. 2008 ago;8(46): 6-8.
5. Torres JA, Santos I dos, Vargens OM da C. Construindo uma concepção de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sociopoético. Texto & Contexto - Enfermagem. 2008 dez;17(4):656-64
6. Rattner D, Santos ML dos, Lessa H, Diniz SG. ReHuNa - A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. TEMPUS.2010 nov;4(4):215-228.
7. Gomes ML. A prática obstétrica da enfermeira no parto institucionalizado: uma possibilidade de conhecimento emancipatório. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2011.
8. Kexfe A. Parto em casa: retrocesso aos tempos da vovó. Revista do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro. 2007 jun;29(1):2-9.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União 24 jun 2011; Seção 1.
10. Monteiro MP. Médicos do Sofia Feldman são punidos pelo Conselho Regional de Medicina. Jornal Estado de Minas. [Internet]. 2022 out. [Acesso em 11 ago, 2022]. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2022/08/10/interna_gerais.1385824/medicos-do-sofia-feldman-sao-punidos-pelo-conselho-regional-de-medicina.shtml
11. Ministério da Saúde (Brasil). DATASUS: SINASC [Internet]. [Acesso em 06 mai 2012]; Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
12. Senters K, Schneider R. The buzz on babies: the fertility-depressing effect of the zika virus in Brazil. Brazilian Journal of Policy and Development. 2019 ago;1(1):45-60.
13. 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. BMJ. 2001 nov; 24(343):1-13.
14. Cursino TP, Benincasa M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. Ciência e Saúde Coletiva. 2020 abr;25(4).
15. Crizóstomo CD, Nery IS, Luz MHB. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. Rev. Esc. Escola Anna Nery. 2007 mar;11(1):98-104.
16. Boucher D, Bennett C, McFarlin B, Freeze R. Staying Home to Give Birth: Why Women in the United States Choose Home Birth. Journal of Midwifery & Women's Health. 2009 mar; 54(2):119-26.
17. Silva EO da, Sanches MET de L, Santos AAP, Barros L de A. Experiência da autonomia profissional na assistência ao parto domiciliar por enfermeiras obstétricas. Revista Baiana de Enfermagem. 2020 mar;33.
18. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Resolução Normativa - RN nº. 465, de 24 de fevereiro de 2021. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em

PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO BRASIL: RELATOS DE CONQUISTAS E DESAFIOS

Por: *Heloisa Lessa*

Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União 02 mar 2021; Seção 1.

19. de Jonge A, van der Goes B, Ravelli A, Amelink-Verburg M, Mol B, Nijhuis J, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2009 abr;116(9):1177-84.

20. 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. *Canadian Medical Association Journal*. 2009 Aug 31;181(6-7):377-83.

21. Johnson KC, Daviss B-A. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ*. 2005 jun;330(7505):1-7

22. Odent M. Nascimento do Homo o Chimpanzé Marinho. Instituto Michel Odent. 2017.



Heloisa Lessa
Enfermeira Obstetra autônoma
Equipe Parto Ecológico/ RJ
E-mail : heloisa.lessa@terra.com.br

AMPARO LEGAL AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: ATUAÇÃO DE ENFERMEIRAS (OS) OBSTETRAS E OBSTETRIZES NO BRASIL

Por: Dra. Joice Moreira Schmalfluss

O parto domiciliar planejado (PDP), apesar de ser uma modalidade da assistência obstétrica que vem crescendo e se fortalecendo ao longo dos últimos anos, ainda desperta inúmeras dúvidas e curiosidades em diversos segmentos da sociedade em geral, incluindo pessoas leigas, profissionais de diversas áreas do conhecimento e, até mesmo, naqueles que atuam na própria área da saúde, da enfermagem e da obstetrícia.

Conceitualmente, o PDP é o parto fisiológico que ocorre em ambiente domiciliar, de forma planejada, em gestações classificadas como de baixo risco (ou risco habitual) durante a atenção pré-natal, sendo acompanhado, no âmbito da Enfermagem, por enfermeiros obstetras e obstetrites habilitados e qualificados. É fundamental ressaltar que o PDP difere do parto e nascimento que acontece no âmbito domiciliar de forma acidental, pois, este último, ocorre numa condição em que não há assistência prestada por profissionais da saúde.

Para o atendimento de mulheres durante o processo parturitivo que ocorre no domicílio, a Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1996, elege como profissionais qualificados para atuarem nesse contexto os enfermeiros obstetras, obstetrites e médicos (1).

Outro importante e mais atual documento nacional que lista recomendações de assistência ao parto normal sugere fortalecer a atuação de enfermeiros especialistas em obstetrícia e obstetrites na atividade assistencial ao parto e nascimento de baixo risco, e que se mantenha em condições de normalidade, citando que estes profissionais são figuras importantes no processo de assistência (2).

A decisão pelo PDP trata de um direito e opção de escolha da gestante e, portanto, deve ser respeitada e acatada pelos envolvidos no acompanhamento do processo gravídico, principalmente quando a mulher estiver realizando as consultas pré-natais com profissionais que não atenderão o parto em casa, tais

como pré-natalistas atuantes no Sistema Único de Saúde (SUS), na rede privada e/ou conveniada de saúde.

Em relação a esse quesito, torna-se essencial salientar que mulheres que decidirem ter um parto domiciliar não devem ser desencorajadas pelos profissionais e, além disso, devem receber informações sobre a possibilidade de transferência para um hospital em caso de necessidade, com deslocamento em tempo hábil e oportuno (2).

Assim, esse artigo objetiva elucidar aspectos sobre o PDP que envolvem o amparo legal de enfermeiros obstetras e obstetrites que atuam nesse contexto.

Atualmente não existe uma lei específica que discipline aspectos do PDP. Desta forma, enfermeiros obstetras e obstetrites que atuam no atendimento do parto que ocorre no domicílio estão amparados juridicamente por seu conselho de classe - órgão disciplinador da atividade profissional que normatiza e fiscaliza a atuação dos profissionais por meio do cumprimento do Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem (CEPE) (3), por leis e decretos que regulamentam o exercício da profissão, bem como por resoluções publicadas por seu órgão de classe que atualiza as normatizações existentes, a saber:

- Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, dispõe sobre a criação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e dos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN);
- Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 (LEPE), regulamenta o exercício profissional da Enfermagem;
- Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, regulamenta a Lei nº 7.498;
- Resolução COFEN nº 516/2016, alterada pelas Resoluções do COFEN nº 524 de 2016 e nº 672 de 2021;

AMPARO LEGAL AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: ATUAÇÃO DE ENFERMEIRAS (OS) OBSTETRAS E OBSTETRIZES NO BRASIL

Por: Dra. Joice Moreira Schmalfluss

O COFEN e os COREN têm a responsabilidade de normatizar, disciplinar e fiscalizar o exercício dos profissionais da Enfermagem, zelando pela qualidade dos serviços prestados e pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional (4). Considerando que o local de assistência de enfermeiros obstetras e obstetrizes que atendem PDP ocorre no domicílio das gestantes atendidas, tal atuação deve ser disciplinada e fiscalizada pelo COFEN e COREN específico dos municípios/regiões da jurisdição onde os profissionais atendem.

Na Lei nº 7.498/1986, que regulamenta o exercício profissional da Enfermagem, o Artigo 11 expressa atividades privativas que o enfermeiro exerce (no inciso I), além de atividades que competem a ele como integrante da equipe de saúde (no inciso II). Neste último inciso, especificamente em relação ao cuidado obstétrico, três alíneas mencionam a atuação do enfermeiro generalista, sendo elas (5):

- g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- i) execução do parto sem distocia.

Logo em seguida, em um parágrafo único reportando profissionais que possuem diploma ou certificado de obstetrix ou enfermeiro obstétrico, a mesma Lei amplia a atuação para (5):

- a) assistência à parturiente e ao parto normal;
- b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

De forma complementar, o Decreto nº 94.406/1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, apresenta artigos que amparam a atuação do enfermeiro e do enfermeiro obstetra ou obstetrix no cenário obstétrico. No seu Artigo 8º, diz que ao enfermeiro incumbe, como integrante da equipe de saúde (6):

- h) prestação de assistência de Enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;
- j) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- l) execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia.

E diferente do que antes estava apresentado em um parágrafo único na Lei nº 7.498, no Decreto foi lançado em forma de Artigo (9º), detalhando que aos profissionais titulares de diploma ou certificados de obstetrix ou de enfermeiro obstétrico, cabe (6):

- I – prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;
- II – identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- III – realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessária.

Com o demonstrado, percebe-se que nem a Lei ou o Decreto pontuam aspectos relacionados ao local onde a assistência obstétrica deverá ocorrer. Desta forma, pressupõe-se que não existem restrições quanto ao local do parto e/ou nascimento atendido por enfermeiros obstetras e/ou obstetrizes.

No que tange à Resolução do COFEN nº 516/2016, alterada pelas Resoluções nº 524/2016 e nº 672/2021, esta trata de normatizar a atuação e responsabilidade do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetrix na assistência que ocorre em serviços de obstetrix, em centros de parto normal e/ou casas de parto, abarcando, na sua redação, demais locais onde ocorra a assistência a gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos (7).

A mesma Resolução (7), em seu Artigo 3º, destaca 18 incisos (do I ao XVIII) que listam uma diversidade de ações na atuação do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetrix no decorrer do atendimento ao público materno-infantil. Constata-se, nos incisos, a importância de um cuidado acolhedor, sensível, centrado na mulher, no parto e no nascimento,

AMPARO LEGAL AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: ATUAÇÃO DE ENFERMEIRAS (OS) OBSTETRAS E OBSTETRIZES NO BRASIL

Por: Dra. Joice Moreira Schmalfluss

com respeito às especificidades populacionais e adoção de práticas baseadas em evidências científicas, além do uso de tecnologias apropriadas na assistência e tomada de decisão. Ainda, os incisos deixam explícita a prestação de assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distocia) e ao recém-nascido, com a identificação de fatores de risco e/ou complicadores e devido encaminhamento, quando necessário, a um nível assistencial de maior complexidade.

Por fim, esta Resolução apresenta um parágrafo único que contempla enfermeiros obstetras e obstetrizas, cabendo a eles: b) a identificação das distocias obstétricas e tomada de providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, em conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis para garantir a segurança da mãe e do recém-nascido (7). Em relação a este item, está clara a autonomia e livre exercício da competência legal dos profissionais em pauta, bem como a não necessidade de hierarquia técnica quanto a outras profissões.

Corroborando com o exposto, já foi decidido reiteradamente pelo poder judiciário brasileiro que enfermeiros obstetras são profissionais aptos a atenderem PDP, embora ações civis públicas ajuizadas por outros conselhos de classe tentem desabonar tal atuação. No tribunal pátrio tem sido rechaçada a tese de que enfermeiros obstetras dependem de outros profissionais para o atendimento de partos naturais e, portanto, enfermeiros especialistas em obstetria e obstetrizas possuem autonomia, competência e amparo legal para prestarem assistência à mulher, recém-nascido e sua família em ambiente domiciliar.

Para fins de registro do recém-nascido, a Lei nº 12.662/2012 regula a expedição e a validade nacional da DNV, indicando, no Artigo 3º, que "a DNV será emitida para todos os nascimentos com vida ocorridos no País e será válida exclusivamente para fins de elaboração de políticas públicas e lavratura

do assento de nascimento"(8). Ainda, no § 1º assegura que a emissão da DNV deverá ser realizada pelo profissional de saúde que acompanhou a gravidez, processo parturitivo ou atendeu o recém-nascido, devendo estar inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde ou no seu respectivo conselho profissional"(8). Em posse da DNV preenchida, o profissional entregará a primeira via (cor branca) ao setor da Secretaria Municipal de Saúde responsável pelo fornecimento do documento, a segunda via (cor amarela) será entregue à família para o registro do recém-nascido no cartório e a terceira via (cor rosa) poderá ficar com o profissional que atendeu o PDP para fins de controle.

Para além do descrito, parecer técnico emitido pelo COFEN demonstrou a compreensão acerca da legalidade de atendimento do PDP por enfermeiros obstetras e obstetrizas (9). De forma mais pontual, em alguns estados do Brasil, como Paraná (10) e Santa Catarina (11), pareceres técnicos publicados pelos COREN apresentaram informações acerca dos critérios de elegibilidade das gestantes, equipamentos e insumos necessários, descarte de materiais, documentos e termos para o atendimento, continuidade da assistência pós-parto e pós-nascimento, cursos de atualização/qualificação, dentre outros aspectos, auxiliando profissionais que optam pela prestação de serviço nesta modalidade da área obstétrica.

Acredita-se que tais documentos têm servido de apoio e estímulo para a atuação de muitos enfermeiros obstetras e obstetrizas que fazem do PDP muito mais do que uma profissão e levantam a bandeira do ativismo em prol da humanização do parto e nascimento, pelos direitos de gestantes, parturientes e seus recém-nascidos, lutando contra a medicalização do parto e nascimento e pelo fim da violência obstétrica e/ou neonatal.

Por fim, com a exposição nesta ocasião construída, acredita-se que não restam dúvidas sobre a legalidade da atuação de enfermeiros obstetras e

AMPARO LEGAL AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: ATUAÇÃO DE ENFERMEIRAS (OS) OBSTETRAS E OBSTETRIZES NO BRASIL

Por: Dra. Joice Moreira Schmalfluss

e obstetrias no contexto do PDP. Muitos são os documentos publicados, seja em tempo longínquo ou mais recentemente, que sustentam a prática assistencial profissional no âmbito de atendimentos domiciliares. Embora ainda carecendo de investimentos no meio científico nacional e propagação entre a população brasileira, estimula-se que pesquisadores da área da saúde da mulher e obstetrícia depositem seus esforços em pesquisas que evidenciem a segurança e efetividade do PDP em casos de gestação de risco habitual, além de compilarem dados que demonstrem os benefícios dessa modalidade de parto e nascimento para as mulheres, seus filhos e famílias.

Referências

- 1 Organização Mundial da Saúde (OMS). Saúde reprodutiva e da família. Unidade de Saúde Materna e Neonatal. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf Acesso em: 15 de agosto de 2023.
- 3 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 564/2017 - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html Acesso em: 20 de agosto de 2023.
- 4 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Lei nº 5.905/1973 - Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973_4162.html Acesso em: 20 de agosto de 2023.
- 5 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Lei nº 7.498/1986 - Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html Acesso em: 20 de agosto de 2023.
- 6 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Decreto nº 94.406/1987 - Regulamenta a Lei nº 7.498. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html Acesso em: 20 de agosto de 2023.
- 7 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 516/2016 - Alterada pelas Resoluções COFEN nºs 524/2016 e 672/2021. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html Acesso em: 20 de agosto de 2023.
- 8 Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012 - Assegura validade nacional à Declaração de Nascido Vivo - DNV, regula sua expedição, altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12662.htm Acesso em: 12 de agosto de 2023.
- 9 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Parecer de Comissão nº 003/2019/CNSM/COFEN. Enfermagem Obstétrica. Parto domiciliar. Brasília, 2019. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-tecnico-cnsm-cofen-no-003-2019_74671.html Acesso em: 10 de agosto de 2023.

AMPARO LEGAL AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: ATUAÇÃO DE ENFERMEIRAS (OS) OBSTETRAS E OBSTETRIZES NO BRASIL

Por: Dra. Joice Moreira Schmalfluss

Referências

10 Conselho Regional de Enfermagem do Paraná (COREN PR). Parecer técnico COREN/PR nº 001/2016- Atuação de enfermeiro obstétrico que assiste ao parto domiciliar e critérios para cadastramento para fins de emissão e preenchimento de Declaração de Nascido Vivo. Disponível em: https://www.corenpr.gov.br/portal/images/pareceres/PARTEC_16-001_Atuação_Enf_Obstetrico_assistencia_parto_domiciliar_critérios_emissão_DeclaracaoNV.pdf Acesso em: 10 de agosto de 2023.



Dra. Joice Moreira Schmalfluss
Enfermeira Obstetra
Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul
Chapecó, Santa Catarina, Brasil

A EXPERIÊNCIA DO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

*Por: Débora Gomes da Rocha, Émilly Giacomelli
Bragé, Ma. Ingrid Guimarães de Oliveira, Ma.
Raquel Rabelo de Sá Lopes*

De acordo com o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 2022, no Brasil, ocorreram mais de dois milhões de nascimentos, sendo os hospitais gerais e maternidades os principais espaços de ocorrência de tal evento. Neste mesmo ano, somente 0,6% dos nascimentos ocorreram em domicílio (1). O parto domiciliar planejado (PDP) configura-se como um modelo de assistência obstétrica seguro, baseado em evidências, que propicia uma experiência intimista e familiar à parturiente, sendo ainda pouco difundido no Brasil devido às diversas barreiras, culturais e políticas principalmente, que o circundam.

O que as evidências apontam é que há um crescente número de estudos retratando a segurança da assistência do PDP. Não existe diferença no que tange à segurança da assistência prestada à gestantes de baixo risco, quando comparados partos domiciliares e hospitalares; as diferenças perpassam por outros fatores (2). As chances de intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e parto e resultados maternos e neonatais, por exemplo, podem ser impactadas positivamente pela ocorrência de partos domiciliares, assim como a satisfação da pessoa assistida e sua família. O Ministério da Saúde reitera o fato de que o parto domiciliar, se escolhido pela pessoa gestante, não deve ser desestimulado, porém é necessário que seja orientada sobre a distância de uma maternidade para que, na necessidade de uma transferência, a mesma seja realizada em tempo hábil (3).

A partir da década de 1930 houve, mundialmente, a migração da assistência ao parto do domicílio para os hospitais. Propagou-se o modelo tecno-centrado, reverenciando a necessidade de um profissional médico e de um ambiente aparentemente estéril para nascer (4). Parir fora do hospital passou a ser visto como algo anormal, clandestino e irresponsável, tendo-se incorporado à cultura essa ideia de insegurança do PDP.

Sabe-se que a assistência pré-natal ainda era escassa, pouco difundida e a cobertura insuficiente em um país continental como o Brasil; porém o que motivou a difusão da institucionalização do parto e nascimento não foram necessidades de saúde pública e sim motivações do Estado e da Igreja Católica de controle do número dos nascimentos (5). Mesmo diante deste cenário, é importante lembrar que todos nós descendemos de alguém que nasceu em casa e é de grande valia destacar o valor ancestral que o saber das parteiras tradicionais exerceu sobre a formação da população brasileira para que uma das primeiras ocupações femininas não se torne invisível aos olhos da sociedade.

Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o avanço da cobertura de pré natal por meio das equipes de Saúde da Família, que tem a enfermagem como âncora, possibilitou a estratificação de risco gestacional, realização de encaminhamentos necessários e promoção de uma assistência mais segura aos binômios. Iniciativas como a Rede Cegonha, a Política Nacional de Humanização e as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal conduzem o fazer obstétrico baseado em evidências e reforçam a atuação da enfermagem obstétrica em prol de uma experiência de parto positiva e autônoma para as parturientes. Portanto, nos dias de hoje não há como nominar a decisão pelo PDP como uma atitude deslegitimada.

As razões que desmotivam pessoas gestantes e famílias na procura por um PDP são diversas e variáveis. Vivências negativas de parto, sejam pessoais ou de familiares próximos, assim como histórias que desenham tal cuidado como descomprometido com a técnicas assistenciais e/ou desprezada de ciência, muitas vezes distanciam a população da experiência do parto domiciliar. Porém o que é visto na prática tende a contradizer tais construções sociais.

A EXPERIÊNCIA DO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

*Por: Débora Gomes da Rocha, Émilly Giacomelli
Bragé, Ma. Ingrid Guimarães de Oliveira, Ma.
Raquel Rabelo de Sá Lopes*

Para as primíparas, por exemplo, o parto em casa surge como uma vivência autônoma, a partir de uma escolha consciente, que muitas das vezes promove uma fuga do modelo obstétrico vigente - repleto de violências obstétricas e com a maior taxa de cesariana do mundo (6).

Tratando-se de múltiparas, um PDP pode promover a ressignificação de experiências anteriores, mudar a história de autoconcepção no que diz respeito aos processos de tomadas de decisões, assim como a participação de mais membros da família no evento do parto, incluindo crianças, por exemplo. Estar em casa, cercada dos acompanhantes de sua escolha e com profissionais conhecidos, acesso a métodos não farmacológicos para alívio da dor no conforto do próprio lar, estar num ambiente conhecido e confortável, podem aumentar as chances de satisfação, prazer e respostas positivas às expectativas de um parto domiciliar, tanto para a pessoa gestante quanto para a família.

Para viver um parto domiciliar no Brasil é preciso atender critérios de elegibilidade, sendo estes variáveis de acordo com a equipe prestadora de cuidados. Estar em uma gestação de baixo risco é, dentre todos, o critério universal para se planejar uma assistência em domicílio. Como gestação de baixo risco entende-se aquela que exclui qualquer tipo de comorbidade prévia ou específica da gestação, além de alterações fetais. Outros fatores incluem gestação única, com feto cefálico, em idade gestacional entre 37 e 41 semanas e a proximidade geográfica à maternidade de referência para transferência em tempo hábil, caso seja necessário.

O perfil de mulheres atendidas em domicílio evidenciado na literatura mostra que são primíparas, com ensino superior completo e em exercício de atividade econômica remunerada, tendo, de tal forma, o acesso à informação em saúde facilitado.

A escassez de equipes de PDP pelo SUS inspira um contorno elitista, visto que esse acompanhamento ocorre quase em sua totalidade somente de forma

privada, envolvendo recursos próprios daquelas que gestam.

Mesmo sendo uma escolha consciente e atendendo aos critérios de inclusão, as parturientes ainda sentem o impacto de aderirem ao PDP quando dividem essa decisão com sua rede de apoio, sendo por vezes pouco apoiadas por seus familiares, a partir de argumentos estigmatizadores e tendenciosos. Fato é que pouco se fala sobre os riscos materno-fetais e os traumas emocionais envolvendo as possíveis violências obstétricas que são vivenciadas em ambientes institucionalizados.

Sendo o PDP um modelo comprovadamente seguro, que reduz intervenções desnecessárias e que pode contribuir para diminuição do índice de cesarianas e de complicações maternas e neonatais, favorecendo os indicadores nacionais de saúde, a democratização do acesso, assim como a diminuição da mortalidade materna e neonatal, por exemplo, é urgente que discussões que terão como centro a oferta desse serviço pelo SUS, baseada em políticas públicas de financiamento e manutenção, sejam feitas.

Desde 2013 há no Brasil uma equipe de Parto Domiciliar Planejado que atende exclusivamente pelo SUS. Após uma década de existência a equipe criada pela enfermeira obstetra Eliane Rabelo segue sendo a única a prestar assistência às mulheres nessa modalidade. Eliane esteve à frente do Hospital Sofia Feldman por mais de 40 anos e sempre atentou-se para aspectos que favorecessem o bem-estar e a autonomia das usuárias, entendendo o parto como um evento familiar.

A Maternidade Sofia Feldman, constituída desde seu planejamento por meio da participação social, é um centro formador de profissionais da enfermagem obstétrica na modalidade de Residência, com imersão na obstetria em diversos cenários - do pré-natal ao puerpério.

A EXPERIÊNCIA DO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

*Por: Débora Gomes da Rocha, Émilly Giacomelli
Bragé, Ma. Ingrid Guimarães de Oliveira, Ma.
Raquel Rabelo de Sá Lopes*

É uma instituição filantrópica, que atende exclusivamente pelo SUS, localizada na região norte de Belo Horizonte, Minas Gerais. É referência para mais de trezentos (300) municípios, em regime de atendimento Vaga Sempre.

Neste contexto, a equipe de parto domiciliar Eliane Rabelo nasceu a partir da necessidade da promoção de tal experiência como garantia do direito de escolha de pessoas gestantes, por um viés que subverte a lógica mercadológica que envolve o sistema obstétrico atualmente. Tal equipe nasceu com o objetivo de assistir em domicílio de forma gratuita e qualificada. O primeiro parto domiciliar da equipe Eliane Rabelo aconteceu em 14 de março de 2014. Nesse dia uma mulher, com ensino superior completo, pariu na banheira de sua casa e abriu caminho para que outras pudessem vivenciar o parto em uma perspectiva ancestral, que foi substituída ao longo das décadas com o avanço do modelo médico-centrado de assistência em saúde.

Desde então, já foram atendidas 251 famílias que desejavam um parto domiciliar planejado pela equipe de enfermeiras obstetras, que hoje conta com treze (13) profissionais - todas formadas na instituição e com constante atualização e formação em emergências obstétricas e neonatais.

Usualmente o primeiro contato ocorre por meio de ligação telefônica da gestante para a equipe, buscando informações sobre o PDP. Muitas delas já conhecem alguém que teve um parto domiciliar ou soube por meio de pesquisas envolvendo a temática. A primeira consulta de pré-natal com a equipe é agendada a partir da 34ª semana de gestação. Neste primeiro atendimento é realizada a anamnese da história pregressa e obstétrica da gestante, assim como a análise dos exames já realizados para confirmar que se trata, de fato, de uma gestação de baixo risco. Além disso, é preciso que a residência de escolha para o nascimento esteja, no máximo, a 30 minutos da maternidade. Durante todos os atendimentos são salientados os riscos e benefícios do PDP.

Aguarda-se até a 41ª semana de gestação pelo trabalho de parto espontâneo, mantendo a rotina de pré-natal estabelecida pelo Ministério da Saúde, com consultas semanais a partir da 37ª semana. O plano de parto é construído junto com a família, constando os desejos e preferências da pessoa gestante. Quando há sinais de início de trabalho de parto, a gestante entra em contato telefônico com a equipe, e o momento oportuno de comparecer até o domicílio é definido conforme o julgamento clínico das profissionais e necessidade da família.

Para a assistência ao parto todo o material necessário é levado juntocom as enfermeiras para a residência, contendo itens para o atendimento materno e neonatal, incluindo aqueles que podem ser necessários para urgências como hemorragia pós-parto ou reanimação neonatal, por exemplo. Após o nascimento, a equipe, que é composta de ao menos duas enfermeiras obstetras, permanece na casa por algumas horas e no dia seguinte realiza uma visita puerperal. Diante de qualquer intercorrência ou alteração do bem-estar materno-fetal realiza-se a transferência ao Hospital Sofia Feldman.

A experiência de atender partos domiciliares na equipe Eliane Rabelo tem-se mostrado uma forma de contemplar os princípios do SUS, proporcionando uma experiência de parto positiva, no qual a pessoa que gesta é protagonista. Tornar o PDP também uma realidade para pessoas periféricas, com menor nível de escolaridade e socioeconômico, mudando o perfil de famílias que se beneficiam, é um dos maiores objetivos da equipe, que renova o brilho no olhar a cada parto assistido ao longo dessa década.

É de grande relevância salientar que o trabalho desenvolvido pela equipe Eliane Rabelo é um modelo a ser replicado pelo país. Porém, para que isso aconteça, é necessário que políticas públicas sejam construídas com o intuito da manutenção de dispositivos como este de promoção de saúde e humanização de parto e nascimento.

A EXPERIÊNCIA DO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Por: Débora Gomes da Rocha, Émilly Giacomelli Bragé, Ma. Ingrid Guimarães de Oliveira, Ma. Raquel Rabelo de Sá Lopes

Para que o SUS chegue aonde ele realmente precisa chegar é necessário comprometimento e responsabilidade com os conceitos de justiça social e equidade, sobretudo do Estado. Que a semente seja espalhada.

Referências:

1. Ministério da Saúde. Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde [base de dados na internet]. Agosto de 2023 ; acesso em agosto de 2023. Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos. Disponível em: Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos - Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde (saude.gov.br)

2. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth compared with planned home birth for pregnant women at low risk of complications. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2023;

3. Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Ministério da Saúde. 2014; 465:

4. Castro C. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo. Cad saúde colet [Internet]. 2015.Jan; 23(1):69-75.

5. Brenes AC. História da Parturição no Brasil, século XIX. Caderno de Saúde Pública. 1991. Abril/jun; 7 (2): 135-149.

6. DATASUS. Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico (Grupo de Robson). Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Disponível em: Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico (Grupos de Robson) - Natalidade - Painéis de Monitoramento - Centrais de Conteúdos - DAENT - SVS/MS (aids.gov.br)



Débora Gomes da Rocha
Enfermeira Obstetra. Hospital Sofia Feldman.
E-mail para contato: deboragrocha1993@gmail.com



Émilly Giacomelli Bragé
Enfermeira Obstetra. Hospital Sofia Feldman.
E-mail para contato: emillyhsfegmail.com



Ingrid Guimarães de Oliveira
Mestre em Saúde Pública.
Enfermeira Obstetra. Hospital Sofia Feldman.
E-mail para contato: ingrydguimaraesdesign@gmail.com



Raquel Rabelo de Sá Lopes
Mestre em Ensino em Saúde.
Enfermeira Obstetra. Hospital Sofia Feldman.
E-mail para contato: raquelrslgehotmail.com

GRUPO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE PARTO DOMICILIAR PLANEJADO (GIEPDP): INOVAÇÃO, EXPERIÊNCIAS E AVANÇOS NO BRASIL

Por: *Dra. Júnia Aparecida Laia da Mata, Dra. Clara Fróes de Oliveira Sanfelice, Acad. Ilíria Carneiro Ferraz da Silva, Ma. Ana Cyntia Baraldi*

O Parto Domiciliar Planejado (PDP) é um cuidado ofertado a pessoas que gestam, selecionadas com base em critérios de elegibilidade, por profissionais qualificadas (os) dentro de um sistema que proporciona a hospitalização quando necessária (1-2). É reconhecido e estimulado dentro do sistema de saúde em países como Holanda e Canadá, representando um serviço potencialmente menos custoso para o Estado e com maiores índices de satisfação das mulheres (2-4).

No Brasil, essa modalidade de atendimento não está contemplada no rol de procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e, geralmente, é prestada por Enfermeiras (os) Obstetras e Obstetrizes, de forma privada(2,5). Tais profissionais assistem ao PDP, comumente, baseando-se em evidências científicas e guidelines internacionais, pois o Ministério da Saúde (MS) brasileiro não possui, até o presente momento, diretrizes e protocolos específicos que as/os subsidiem na prestação deste serviço às pessoas que gestam e suas famílias (2,5).

O PDP no Brasil é envolto por crenças equivocadas sustentadas por uma visão tecnocrática sobre o que significa parir e nascer. Isso contribui para a não compreensão sobre suas dimensões e, até mesmo, a sua marginalização. Por isso, iniciativas que fomentam a produção, difusão e popularização de conhecimentos sobre esse modelo de assistência ao parto são essenciais no país.

No âmbito da pesquisa, existe uma escassez de produções brasileiras sobre o PDP. Estudos científicos nacionais (5-8) têm elucidado o seu panorama no Brasil, mas ainda há muito o que investir neste tema, para que ele seja (re)conhecido, compreendido e abordado no ensino, na pesquisa e na assistência.

Considerando esse contexto, em dezembro de 2020, foi fundado o Grupo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre Parto Domiciliar Planejado (GIEPDP)(g), por duas Enfermeiras Obstetras e uma Obstetriz (Dra. Júnia Aparecida Laia da Mata, Dra. Clara Fróes

de Oliveira Sanfelice e Dra. Nayara Girardi Baraldi – in memoriam), com o objetivo de impulsionar o desenvolvimento de conhecimentos, na perspectiva interdisciplinar, que promovam impacto no ensino, na pesquisa e na assistência junto à mulher/pessoa que gesta, ao recém-nascido e à família, no âmbito do parto domiciliar planejado (g).

Trata-se do primeiro grupo de pesquisa, cadastrado no Diretório dos Grupos de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, com denominação específica e foco no Parto Domiciliar Planejado. Seus membros são de diferentes áreas de conhecimento (ciências da saúde, humanas e exatas) e unem competências para o intercâmbio de informações, parcerias e aplicação de projetos, bem como o compartilhamento e a divulgação de resultados de pesquisas, além do desenvolvimento de tecnologias em educação e saúde (g).

A atuação do GIEPDP também visa promover a problematização e a abordagem sobre o PDP na educação e formação em saúde, com foco na ampliação do estudo sobre as temáticas relacionadas a ele, o seu aprofundamento, bem como aprimoramento da assistência. A translação do conhecimento, com aplicação dos resultados de pesquisa e os modelos de cuidado que promovam a humanização, o holismo, a segurança e a qualidade no PDP é repercussão do trabalho do grupo (g).

O GIEPDP é interinstitucional, envolvendo parceria entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e Universidade de São Paulo (USP), estando sediado na UFRGS. Possui perfil interativo e desenvolve encontros remotos gravados, mensalmente, abertos a cientistas, acadêmicos (as), profissionais interessados (as) no tema e a comunidade em geral. Todas as reuniões gravadas são disponibilizadas para o público, por meio do canal do Youtube® do Projeto de Extensão Capacit@ (10-11), parceiro do GIEPDP.

GRUPO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE PARTO DOMICILIAR PLANEJADO (GIEPDP): INOVAÇÃO, EXPERIÊNCIAS E AVANÇOS NO BRASIL

Por: Dra. Júnia Aparecida Laia da Mata, Dra. Clara Fróes de Oliveira Sanfelice, Acad. Ilíria Carneiro Ferraz da Silva, Ma. Ana Cyntia Baraldi

Desde a sua criação, o GIEPDP atua nos eixos de ensino, pesquisa e extensão, tendo alcance nacional e internacional. A seguir, serão relatadas algumas das experiências e dos avanços deste grupo, representando uma inovação no cenário brasileiro.

Ensinando-aprendendo sobre Parto Domiciliar Planejado na Universidade

O GIEPDP foi concebido por três professoras e cientistas de universidade pública, que atuaram na assistência ao PDP no Brasil, estando vinculadas à UFRGS, Unicamp e USP, as quais entre 2020 e 2023, difundiram sobre a temática na graduação, pós-graduação e em eventos científicos.

Esse assunto não se encontra comumente contemplado no escopo dos currículos da formação em enfermagem, enfermagem obstétrica e obstetrícia, principalmente pelo fato do PDP não estar regulamentado dentro do sistema de saúde brasileiro.

Entretanto, ele existe e acontece no cenário nacional, sendo uma opção para pessoas que gestam/famílias, estratificadas como risco habitual, que buscam uma modalidade de nascimento humanista ou holística e individualizada.

Além disso, é um campo de atuação onde as Enfermeiras Obstetras e Obstetrizes podem exercer o cuidado com a autonomia e liberdade que muitas vezes não são possíveis dentro do contexto hospitalar, assim como fomentar uma assistência baseada nas melhores práticas de atenção ao trabalho de parto e nascimento. Por isso, não pode ser ignorado ou permanecer velado no âmbito da formação.

Nessa perspectiva, o GIEPDP disponibiliza materiais digitais produzidos durante os seus encontros, para fins didáticos e estimula a sua adoção no ensino e na educação em saúde. No ano de 2022, suas produções na mídia alcançaram mais de 1.500 acessos no Youtube®. Além disso, foram utilizadas

em aulas da graduação, especialização e pós-graduação stricto sensu, em diferentes instituições de ensino do Brasil.

As pesquisas produzidas no âmbito do GIEPDP, bem como entrevistas, textos em geral e podcast (12), também são amplamente difundidos e recomendados para aplicação pedagógica no ensino sobre o PDP em diferentes cenários.

Por meio da difusão de conhecimentos, baseados na ciência, de forma didática e acessível, é possível promover a compreensão das dimensões do PDP, fomentar práticas seguras e desconstruir crenças equivocadas sobre o tema.

Compreendemos que há um longo caminho a se percorrer até que esse assunto seja solidificado em disciplinas/ações dentro das universidades brasileiras. O GIEPDP inova ao promover o início dessa abordagem na academia e fora dela, por meio de suas produções e parcerias interinstitucionais.

Como frutos do ensino-aprendizagem sobre o PDP na universidade, o grupo tem integrado graduandos e pós-graduandos, despertados para a temática a partir de aulas e dos encontros, e desenvolvido trabalhos de conclusão de curso.

Promovendo o Parto Domiciliar Planejado na Comunidade

No âmbito da extensão, o GIEPDP realizou, entre 2021 e 2022, duas ações significativas: 1) Curso de Inverno na USP sobre "Introdução à Pesquisa na área de Parto Domiciliar Planejado: dando visibilidade ao tema"; e, 2) Curso de Verão na USP a respeito da "Introdução sobre o Processo de Trabalho no Parto Domiciliar Planejado". Ambos contaram com grande número de participantes e promoveram profunda reflexão sobre o PDP no nível nacional e internacional.

GRUPO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE PARTO DOMICILIAR PLANEJADO (GIEPDP): INOVAÇÃO, EXPERIÊNCIAS E AVANÇOS NO BRASIL

*Por: Dra. Júnia Aparecida Laia da Mata, Dra. Clara Fróes de Oliveira Sanfelice,
Acad. Ilíria Carneiro Ferraz da Silva, Ma. Ana Cyntia Baraldi*

Outra ação de extensão que o grupo desenvolve, de forma contínua, é o "Café (Cons)Ciência", uma atividade voltada para a comunidade com foco no compartilhamento de conhecimentos e experiências que favoreçam a desconstrução de mitos e crenças equivocadas, relacionados ao trabalho de parto, nascimento e parto domiciliar planejado; e proporcionem a aquisição de informações baseadas em evidências científicas.

O GIEPDP possui também uma frente ativista, buscando fortalecer boas práticas na atenção ao PDP no Brasil e difundindo para a comunidade evidências científicas sobre a temática, em linguagem acessível, por meio de rede social (13), que conta atualmente com 554 seguidores.

Atualmente, por meio de seus canais oficiais, seus membros recebem demandas da comunidade em geral, na busca de informações e orientações sobre o PDP. Todo o material de divulgação produzido é ilustrado com cenas reais de PDP no Brasil, com fotos cedidas por fotógrafas e famílias, com o intuito de revelar a essência e realidade desta modalidade de nascimento.

A partir de tais iniciativas, o GIEPDP tem promovido intercâmbios que tecem uma nova rede de pessoas interessadas e engajadas com a causa do PDP. Potencial e Alcance do Grupo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre Parto Domiciliar Planejado (GIEPDP),

A partir de encontros abertos mensais, realizados desde janeiro de 2021, o GIEPDP já alcançou um público recorde, fazendo a temática do PDP ser refletida e discutida em todas as cinco regiões do Brasil e, também, em outros países.

Nos anos de 2021 e 2022, o cronograma de atividades do grupo teve dez eventos abertos, sendo nove específicos sobre PDP. Cada encontro contou com, no mínimo, 25 participantes e, no máximo, 69. Salientamos que esse público tem sido assíduo nos encontros, representando uma continuidade nas reflexões e construções coletivas dentro do GIEPDP.

Os temas abordados nas reuniões abertas foram: Parto Domiciliar Planejado na Europa; A Cultura do Medo do Parto: Caminhos para (Des)Construções para o Parto Domiciliar Planejado; Psicologia e Bioquímica do Amor no Parto Domiciliar Planejado; Processo de Trabalho com Foco na Segurança no Parto Domiciliar Planejado; Representações Sociais de Profissionais de Saúde da Área Hospitalar sobre o Parto Domiciliar Planejado; Sinais de Alerta: Transferência do Parto Domiciliar Planejado para o Nível Hospitalar; Práticas Não Recomendadas no Parto Domiciliar Planejado; Perfil de Mulheres que Escolheram o Parto Domiciliar Planejado; e Aspectos Legais do Parto Domiciliar Planejado.

A seguir, apresentamos os dados preliminares sociodemográficos e acadêmicos dos frequentadores do grupo (Quadros 1 e 2), os quais fazem parte de um dos seus projetos de pesquisa, que objetiva analisar o perfil das (os) participantes do GIEPDP.

Salientamos que um dos eventos não foi contabilizado por não ter como tema específico o PDP, mas Método Lógico para Redação Científica, contando efetivamente com 120 participantes.

Os temas abordados nas reuniões abertas foram: Parto Domiciliar Planejado na Europa; A Cultura do Medo do Parto: Caminhos para (Des)Construções para o Parto Domiciliar Planejado; Psicologia e Bioquímica do Amor no Parto Domiciliar Planejado; Processo de Trabalho com Foco na Segurança no Parto Domiciliar Planejado; Representações Sociais de Profissionais de Saúde da Área Hospitalar sobre o Parto Domiciliar Planejado; Sinais de Alerta: Transferência do Parto Domiciliar Planejado para o Nível Hospitalar; Práticas Não Recomendadas no Parto Domiciliar Planejado;

Perfil de Mulheres que Escolheram o Parto Domiciliar Planejado; e Aspectos Legais do Parto Domiciliar Planejado. A seguir, apresentamos os dados preliminares sociodemográficos e acadêmicos dos frequentadores do grupo (Quadros 1 e 2), os quais fazem parte de um dos seus projetos de pesquisa, que objetiva analisar o perfil das (os) participantes do GIEPDP. Salientamos que um dos eventos não foi contabilizado por não ter como tema específico o PDP, mas Método Lógico para Redação Científica, contando efetivamente com 120 participantes.

GRUPO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE PARTO DOMICILIAR PLANEJADO (GIEPDP): INOVAÇÃO, EXPERIÊNCIAS E AVANÇOS NO BRASIL

Por: Dra. Júnia Aparecida Laia da Mata, Dra. Clara Fróes de Oliveira Sanfelice, Acad. Ilíria Carneiro Ferraz da Silva, Ma. Ana Cynthia Baraldi

Quadro 1. Idade e procedência das (os) participantes nos eventos abertos do Grupo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre Parto Domiciliar Planejado - GIEPDP, vinculado ao CNPq. 2021-2022.

Variáveis	Total	
	N	%
Idade (em anos)		
20-25	19	27,54
26-30	22	31,88
31-35	10	14,49
36-40	7	10,14
41-45	5	7,25
>45	6	8,70
País		
Brasil	67	97,10
Emirados Árabes Unidos	1	1,45
Portugal	1	1,45
Regiões brasileiras (N=67)*		
Sudeste**	38	56,7
Sul***	27	40,3
Centro-oeste****	1	1,5
Nordeste*****	1	1,5
Norte	0	0
Municípios divididos em capitais e interior (N=67)*		
Capital do Rio Grande do Sul (RS)	19	28,3
Interior do RS*****	6	8,9
Capital de Santa Catarina	2	3,0
Grande São Paulo*****	14	20,9
Interior de São Paulo*****	18	26,9
Capital de Minas Gerais	2	3,0
Interior de Minas Gerais*****	2	3,0
Capital do Rio de Janeiro	1	1,5
Capital do Rio Grande do Norte	1	1,5
Capital do Mato Grosso do Sul	1	1,5
Desconhecido	1	1,5
Total	69	100

** Da região sudeste participaram os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais.
 *** Da região Sul participaram os estados: Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina.
 **** A região Centro-oeste foi representada apenas pelo estado do Mato Grosso do Sul.
 ***** A região nordeste foi representada pelo estado do Rio Grande do Norte.
 ***** As cidades que representaram o interior do RS foram: Alvorada, Araucária, Campo Bom, Canoas, Novo Hamburgo e Terra de Areia.
 ***** Grande São Paulo teve como municípios dos participantes: Guarulhos, Santo André e São Paulo (Capital).
 ***** O interior de São Paulo teve representantes das cidades: Araçoiaba da Serra, Araraquara, Atibaia, Bauru, Campinas, Itapetininga, Paulínia, Piracicaba, Santos e Valinhos.
 ***** O interior de Minas Gerais teve as cidades de: Poços de Caldas, Varginha e Alfenas.

Quadro 2. Formação e dados profissionais das (os) participantes nos eventos abertos do Grupo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre Parto Domiciliar Planejado - GIEPDP, vinculado ao CNPq. 2021-2022.

Variáveis	Total	
	N	%
Grau de Formação (N=69)		
Ensino médio completo	3	4,35
Ensino superior incompleto	1	1,45
Graduação	22	31,88
Especialização	28	40,58
Mestrado	11	15,94
Doutorado	4	5,80
Profissão (N=51)*		
Estudante	11	21,6
Profissões da área da Saúde**	28	54,8
Profissões da área de Humanas***	3	5,9
Profissões da área de Exatas****	1	2,0
Outras (profissões/ocupações)*****	8	15,7
Formação complementar (N=69)		
Sem formação complementar	30	43,5
Duas ou mais formações complementares*****	18	26,1
Doula	12	17,4
Consultora de amamentação	6	8,7
Outras*****	3	4,3
Trabalhou ou trabalha com PDP (N=58)*****		
Não	31	44,9
Sim	27	39,2
Interesse em seguir na área de PDP (N=31)*****		
Não	4	12,9
Sim	27	87,1

*Dezoito participantes não responderam sobre a profissão.
 **As profissões computadas como da Área da Saúde para essa amostra foram compostas por: Enfermeira (o), Enfermeira (o) Obstetra, Fisioterapeuta e Obstetriz.
 ***As profissões computadas como da Área de Humanas para essa amostra foram compostas por: Advogada, Assistente Social e Historiadora.
 ****As profissões computadas como da Área de Exatas para essa amostra foi composta por: Engenharia civil.
 *****Foram computadas como outras profissões/ocupações as que se referiram à Doula, Estudante, Fotógrafa, Naturóloga, Produtora Rural, Professora e Técnica em Meio Ambiente.
 *****Entre os participantes com duas ou mais formações complementares destacaram-se: Consultora Perinatal; Consultora em amamentação e/ou Doula.
 *****Os outros tipos de formações complementares respondidos pelas (os) participantes foram: Especialista em Saúde-Infantil e Pediátrica; Especialista em Saúde Materna e Obstétrica; Reflexologia na Gravidez, Parto, Pós-Parto e do Recém-nascido; MTC; Aquanatal e NBOS; Geografia; Especialista em Gestão Pública; Instrutora GentleBirth®; Laserterapeuta; Neonatologista e Residência em Enfermagem Obstétrica.
 *****[] participantes não responderam se trabalham ou já trabalharam com PDP.
 *****58 participantes não informaram se pretendem seguir trabalhando com o tema ou na área de PDP.

Quadro 2. Formação e dados profissionais das (os) participantes nos eventos abertos do Grupo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre Parto Domiciliar Planejado - GIEPDP, vinculado ao CNPq. 2021-2022.

GRUPO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE PARTO DOMICILIAR PLANEJADO (GIEPDP): INOVAÇÃO, EXPERIÊNCIAS E AVANÇOS NO BRASIL

Por: Dra. Júnia Aparecida Laia da Mata, Dra. Clara Fróes de Oliveira Sanfelice, Acad. Ilíria Carneiro Ferraz da Silva, Ma. Ana Cyntia Baraldi

Cada vez mais, o GIEPDP tem sido buscado por cientistas e profissionais interessadas (os) em integrar o seu time permanente e desenvolver pesquisas e ações que fortaleçam o PDP no Brasil e no nível internacional. Os seus dois anos de atividades já revelam resultados promissores na produção e difusão de conhecimentos sobre a temática no país.

Na atualidade, o grupo possui projetos de pesquisa em andamento e alguns em fase de publicação sobre: Panorama brasileiro do parto aquático no domicílio e proposta de uma linha guia para a sua implementação; Síndrome de Burnout em profissionais que atendem parto domiciliar planejado no Brasil; Parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras obstetras: história oral; Grupo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre Parto Domiciliar Planejado: perfil das (os) participantes; e Desenvolvimento de tecnologias para a promoção da parentalidade saudável e combate à violência na primeira infância (parceria interinstitucional e financiado pelo CNPq).

O GIEPDP tem sido inovador ao integrar nos espaços de ensino, pesquisa, extensão e comunitários a temática do PDP, dando visibilidade à ciência e promovendo a desconstrução de mitos e crenças equivocadas sobre ele. Por meio de suas parcerias conseguiu ter amplo alcance em âmbito nacional e desenvolver ações interdisciplinares enriquecedoras.

O seu propósito de integrar, fortalecer e promover o PDP a nível nacional segue e todos (as) são bem-vindos (as) nessa caminhada.

É nosso desejo que Enfermeiras Obstetras e Obstetras se integrem cada vez mais ao GIEPDP e fortaleçam sua atuação e autonomia no PDP.

Para conhecer mais sobre o grupo e participar das suas ações, acesse: www.ufrgs.br/giepdp; Instagram: [GIEPDP.UFRGS](https://www.instagram.com/GIEPDP.UFRGS/); ou nos contate através do e-mail: giepdp.ufrgs@gmail.com

Referências

1. Vedam S. Home versus hospital birth: questioning the quality of the evidence of safety. *Birth*. 2003 Mar; 30(1):57-63.
2. Mata JAL. Enfermagem obstétrica no parto domiciliar planejado: responsabilidade legal e organização do serviço. In: Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras. Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde Materna e Neonatal. Porto Alegre: Artmed Panamericana. 2017;8(4): 75-125.
3. ACCESS-Netherlands. Having a baby in Netherlands. The Hague: ACCESS [acesso em 2023 Jul 18]. Available from: <https://access-nl.org/healthcare-netherlands/having-a-baby/giving-birth/which-are-the-options-for-delivering-a-baby-in-the-netherlands-2/#questions-1758>
4. Ontario Hospital Association. College Of Midwives of Ontario and Association of Ontario Midwives. Resource manual for sustaining quality midwifery services in hospitals. Ontario: OHA. 2012. Available from: <https://www.yumpu.com/en/document/view/4986483/resource-manual-for-sustaining-quality-midwifery-services-in->
5. Santos LM, Mata JAL, Vaccari A, Sanfelice CFO. Trajetórias de enfermeiras obstetras no atendimento ao parto domiciliar planejado: história oral. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42(esp):e20200191. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.2020019>
6. Sanfelice CFO, Shimo AKK. Parto domiciliar: avanço ou retrocesso? *Rev Gaúcha Enferm*. 2014;35(1):157-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.41356>
7. Cursino TP, Benincasa M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(4):1433-43. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.1358201>

GRUPO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE PARTO DOMICILIAR PLANEJADO (GIEPDP): INOVAÇÃO, EXPERIÊNCIAS E AVANÇOS NO BRASIL

Por: Dra. Júnia Aparecida Laia da Mata, Dra. Clara Fróes de Oliveira Sanfelice, Acad. Ilíria Carneiro Ferraz da Silva, Ma. Ana Cyntia Baraldi

8. Cunha IVA, Mata JAL, Fernandes Luciane LCR, Tanaka EZ, Sanfelice CFO. Representações sociais de profissionais de saúde da área hospitalar sobre o parto domiciliar planejado. Revista de Enfermagem da UFSM; 11(e66):1-20. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769263786>

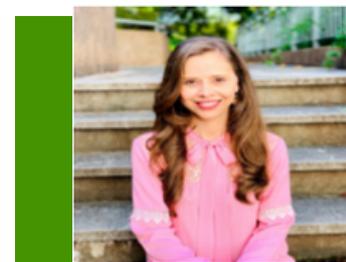
9. Grupo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre Parto Domiciliar Planejado. Sobre o GIEPDP. 2020 [acesso em 2023 Jun 30]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/giepdp/>

10. CAPACIT@. Canal no Youtube® do Capacit@, um programa de promoção da saúde para a comunidade, alinhado aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ODS) [acesso em 2023 Jul 10]. Disponível em: <https://www.youtube.com/@capacita5232/about>

11. CAPACIT@. Capacit@ divulga. Grupo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre Parto Domiciliar Planejado (GIEPDP), do Brasil, disponibiliza vídeos de encontros remotos abertos para a comunidade [acesso em 2023 Jul 10]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/capacita/capacit-divulga/>

12. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Biblioquês da saúde: Parto Domiciliar Planejado. 2021. Disponível em: <https://podcasters.spotify.com/pod/show/biblioques/episodes/Parto-Domiciliar-Planejado-e190q4v/a-a6r27m3>

13. INSTAGRAM. GIEPDP.UFRGS. Disponível em: <https://instagram.com/giepdp.ufrgs?igshid=MzNlNGNkZWQ4Mg==>



Dra. Júnia Aparecida Laia da Mata
Enfermeira Obstetra. Professora do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EENF/UFRGS).
E-mail: jumata.2905@gmail.com



Dra. Clara Fróes de Oliveira Sanfelice
Enfermeira Obstetra. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (FEnf/Unicamp). E-mail: clarafoseunicamp.br



Acadêmica Ilíria Carneiro Ferraz da Silva
Acadêmica do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (USP). Membro do Grupo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre Parto Domiciliar Planejado (GIEPDP). E-mail: iliria.ferraz@usp.br



Ma. Ana Cyntia Baraldi
Enfermeira Obstetra e Neonatal. Doutoranda em Saúde Coletiva no Departamento de Medicina Social da FMRP/USP. Membro do Grupo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre Parto Domiciliar Planejado (GIEPDP). Assessora técnica para novos projetos e parcerias da BIREME/OPAS/OMS. E-mail: anacyntiabarb@gmail.com