

PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Resumo

A decisão pela realização de um parto domiciliar planejado é resultado de um processo gradativo de avaliação de riscos, custos e benefícios por parte do casal e do profissional que prestará a assistência. Este relato de experiência teve por objetivo apresentar a vivência de um parto domiciliar planejado, trazendo as evidências científicas para a realização de tal prática de forma segura. No intuito de manter o sigilo, será utilizado o nome fictício Alice. O levantamento dos artigos científicos foi realizado através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Foram utilizados 26 artigos para o embasamento científico deste relato. Foi possível concluir que, segundo as atuais evidências científicas, o parto domiciliar planejado é uma prática segura, quando este procedimento conta com profissionais competentes e qualificados para a realização da assistência, devendo esta prática ser estimulada e respeitada.

Descritores: Parto Domiciliar, Parto Normal, Humanização.

Abstract

Planned domicile: a report of experience

The decision to perform a planned home delivery is the result of a gradual process of assessing the risks, costs and benefits of the couple and the provider. This experience report had as objective to present the experience of a planned home birth, bringing the scientific evidences to the realization of such practice in a safe way. In order to maintain confidentiality, the fictitious name Alice will be used. The survey of the scientific articles was done through the Virtual Health Library. We used 26 articles for the scientific basis of this report. It was possible to conclude that, according to the current scientific evidence, planned home delivery is a safe practice, when this procedure counts on professionals qualified and qualified for the assistance, and this practice should be encouraged and respected.

Descriptors: Home Birth, Normal Birth, Humanization.

Resumen

Parto planeado en el hogar: un relato de experiencia

La decisión por la realización de un parto planeado hogareño es el resultado de un proceso gradual de evaluación de riesgos, costes y beneficios por parte de la pareja y del profesional que dará la asistencia. Este relato de experiencia tuvo por objetivo la vivencia de un parto planeado en el hogar, trayendo las evidencias científicas para la realización de tal práctica de forma segura. Con el interés de mantener el sigilo, será utilizado el nombre ficticio de Alice. El estudio de artículos científicos fue realizado a través de la biblioteca virtual de salud. Fueron utilizados 26 artículos para embasar científicamente este relato. Fue posible concluir que, según las actuales evidencias científicas, el parto planeado hogareño es una práctica segura, cuando este procedimiento cuenta con profesionales competentes y calificados para la realización de la asistencia, debiendo esta práctica ser estimulada y respetada.

Descritores: Parto en el Hogar, Parto Normal, Humanización.

Blenda Dias Estércio Ramos
Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP).
E-mail: blendadidas20.04@gmail.com

Ivanilde Marques da Silva Rocha
Mestre em Enfermagem Obstétrica e Neonatal pela Universidade de São Paulo (USP). Docente no curso de especialização em obstetria no Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP).
E-mail: professoraivanilderocha@gmail.com

Anderson Luiz da Silva Lima
Especialista em Saúde Pública pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP).
E-mail: andersonluiz.fisio@gmail.com

Submissão: 13/08/2017
Aprovação: 11/01/2018

Introdução

A experiência do nascimento em domicílio vem desde a idade média, sendo considerado até então como um processo fisiológico natural e que dizia respeito apenas às mulheres^{1,2}.

O parto domiciliar sem intervenção médica foi visto como prática comum por muitos anos, porém a partir do século XX a medicina transformou esse processo natural e fisiológico num evento patológico, onde é frequente o uso de tecnologias que geram cada vez mais intervenções, tanto medicamentosas como cirúrgicas, tornando-o assim institucionalizado^{3,4}.

Com a institucionalização do parto, este passou a ser visto como “doença”, onde a gestante adquire a condição de paciente, sendo tratada muitas vezes com desrespeito, perdendo sua identidade, individualidade e o controle sobre seu corpo. O hospital torna-se um ambiente frio e ameaçador que muitas vezes, afasta as gestantes de seus familiares, ficando assim à mercê dos cuidados prestados por uma equipe que ela não conhece e que não possui nenhum vínculo^{4,1}.

O conceito de Parto Humanizado pode ser compreendido como a busca de resguardar o caráter fisiológico do nascimento, tendo por finalidade a promoção do parto e nascimento e a prevenção da morbimortalidade materno infantil. Para tanto, torna-se necessário a atuação de profissionais capacitados e treinados para a identificação e prevenção de situações de risco^{5,2}.

O parto domiciliar planejado vem se ampliando em todo o território Nacional, tendo uma procura cada dia mais elevada por

enfermeiras obstetras e obstetrizes que atuem de forma segura e competente nesta nova modalidade de assistência. A decisão pela realização de um parto domiciliar planejado é resultado de um processo gradativo de avaliação de riscos, custos e benefícios por parte do casal e do profissional que prestará a assistência. Essa escolha deve estar sempre baseada nas informações encontradas que estejam de acordo com as evidências científicas, opinião dos profissionais de saúde e contato com mulheres que viveram essa experiência⁶.

Diante do exposto, este relato de experiência teve por objetivo apresentar a vivência de um parto domiciliar planejado, trazendo o embasamento de acordo com as evidências científicas para a realização de tal prática, de forma segura e não intervencionista.

Material e Método

Trata-se de um Relato de Experiência de um parto domiciliar planejado. No intuito de manter o sigilo, será utilizado o nome fictício Alice. O levantamento dos artigos científicos utilizados foi realizado através dos recursos da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), através de suas bases de dados. Foram localizados 65 artigos através dos descritores: Parto Domiciliar, Parto Normal, Humanização, sendo utilizados 26 artigos para o embasamento científico deste relato.

Os critérios de inclusão adotados para a realização do levantamento bibliográfico foram: artigos disponíveis de forma eletrônica, gratuita, publicados em português, entre os anos de 2007 a 2017. Não foram utilizados artigos que não

estavam de acordo com a temática proposta nesse relato.

Relato da Experiência

Alice, 22 anos, primigesta, branca, tomou conhecimento de sua gestação enquanto cursava o último ano da graduação em enfermagem. O contato constante com a professora do Módulo de Saúde da Mulher, uma enfermeira obstetra e parteira urbana, despertou na estudante o desejo de realizar o parto domiciliar planejado, antes mesmo de descobrir a gestação.

Ao receber a notícia da gestação, com Idade Gestacional (IG) de 7 semanas, Alice não demorou muito para entrar em contato com a professora e parteira para começarem a planejar o tão desejado parto em casa.

Para que o parto domiciliar fosse realizado de forma segura e consciente, Alice foi orientada a realizar as consultas de pré-natal com a médica e a enfermeira da Unidade Básica de Saúde ou Plano de Saúde, além de 4 a 6 consultas com a enfermeira obstetra (parteira) para acompanhamento, estabelecimento de vínculo com o casal e preparo para o parto domiciliar. Para a ocorrência do parto domiciliar era necessário que fosse uma gestação de risco habitual. Os dados mais importantes do controle pré-natal diziam respeito aos níveis pressóricos, resultados de exames laboratoriais como: glicemia, hemograma e sorologias. A vitalidade fetal foi acompanhada nas consultas com ausculta dos batimentos cardíacos fetais e ultrassonografias (USG). Foram realizadas um total de 10 consultas de pré-natal e 6 USG.

Somente em sua última consulta antes do parto, a médica responsável por seu acompanhamento tomou conhecimento sobre a decisão de realizar o parto domiciliar, colocando-se totalmente contra tal decisão. Ao realizar o exame obstétrico, a médica alegou que a mesma não poderia realizar o parto vaginal, pois o bebê estava “sentado” (em apresentação pélvica) porém, ao sair da consulta, Alice realizou a última ultrassonografia antes do parto onde constava que o bebê continuava “encaixado” (em apresentação cefálica).

Ao completar 37 semanas e 6 dias de gestação, a parteira realizou uma consulta com uma aula de preparo para o trabalho de parto, parto e nascimento com a participação da gestante e seu cônjuge. Nesta consulta realizou-se a análise dos resultados de exames laboratoriais e exame obstétrico, não constando nenhuma alteração que pudesse influenciar de forma negativa na realização do parto domiciliar. Durante a realização do exame obstétrico, foi realizado um toque vaginal visto que havia apresentado contrações frequentes e diagnosticou-se colo uterino com 4 cm de dilatação. Horas mais tarde, houve a perda do tampão mucoso, o que indicou a proximidade do início do trabalho de parto.

No dia seguinte, 28 de dezembro de 2015, com IG 38 semanas, Alice acordou com contrações leves e perda de líquido. Percebendo que a bolsa havia rompido, notificou a parteira ressaltando que estava apenas com contrações leves e realizou os últimos preparativos para aquele momento tão esperado. Ao perceber que as

contrações estavam ficando mais intensas, Alice começou a fazer o controle, notando que as contrações eram ritmadas (3 a 4 contrações a cada 10 minutos, com duração de 50 a 60 segundos), o que define o início do trabalho de parto.

Enquanto aguardava a chegada da parteira, a parturiente realizava métodos não farmacológicos para alívio da dor, como banho de aspersão em água morna, técnicas de respiração e musicoterapia (conhecimentos adquiridos pela gestante durante as aulas de Saúde da Mulher). Assim que a parteira chegou juntamente com a enfermeira obstetra assistente, realizou a avaliação da dilatação do colo do útero através da linha púrpura, estando em 7 cm, sendo esse valor confirmado através do exame obstétrico. Realizou-se também a ausculta cardíaca fetal, estando dentro dos valores esperados (120-160 bpm).

Durante o trabalho de parto, Alice foi orientada a deambular, realizar exercícios na bola, banho de aspersão em água morna e se alimentar com dieta livre, optando por sucos e gelados (sorvete, açaí), seguindo todas as orientações de acordo com seu desejo e respeitando suas vontades. Foi orientada quanto às posições para o parto e recebeu massagem para alívio da dor em região lombar, realizada pelo cônjuge e pela parteira.

Ao completar os 10 cm de dilatação e se aproximar o momento do nascimento, Alice se colocou em posição de quatro apoios, mas por fim resolveu sentar na banqueta recostada no marido que estava sentado atrás da mesma, de mãos

dadas para lhe dar força para o momento da expulsão. O bebê nasceu às 17h03, de parto normal, de forma espontânea, não havendo a necessidade de realizar nenhuma intervenção e sem auxílio no desprendimento do tronco, realizando apenas a proteção perineal. Não houve laceração (períneo íntegro), o que exclui a necessidade de sutura após o parto.

O trabalho de parto ativo teve duração de 4 horas e meia, sendo considerado um parto rápido para uma primigesta. O trabalho de parto de Alice foi tranquilo, apesar das inevitáveis dores, onde ela teve todo o apoio necessário, tanto técnico, pela presença de duas de suas professoras e amigas enfermeiras obstetras nas quais ela confiava, e pela presença de seu cônjuge e amigo, que esteve presente a cada instante transmitindo força, cuidado e dando atenção naquele momento cheio de dor, mas também cheio de amor e expectativa.

Logo após o nascimento, o bebê foi colocado nos braços da mãe onde foi promovido o contato pele a pele e fortalecido o vínculo entre ambos. O índice de Apgar do recém-nascido (RN) foi 9 e 10, e o corte do cordão umbilical foi realizado pelo pai somente após o término da pulsação. Após alguns minutos ocorreu a dequitação da placenta e anexos, encontrando-se completos.

Com ajuda da parteira e sua assistente, a mãe se posicionou na cama, mantendo o contato pele a pele, realizou a amamentação na primeira hora de vida. Somente duas horas após o nascimento o bebê foi retirado do contato pele a pele para realização dos primeiros cuidados, verificando-se: peso (2,745 kg), estatura (48 cm), perímetro

cefálico (32 cm) e perímetro torácico (30 cm). Todos os dados referentes ao trabalho de parto, parto e nascimento foram registrados em prontuário. A parteira permaneceu na casa da puérpera até às 22h00, observando o sangramento e a orientado quanto à amamentação, cuidados com o RN, alimentação, deambulação precoce e realização de exercícios perineais.

Alice foi assistida pelas enfermeiras obstetras durante todo o trabalho de parto e parto, porém, a protagonista de todo esse momento foi ela mesma, tendo autonomia sobre si e seu próprio corpo, tendo suas escolhas respeitadas em todos os sentidos, desde a música que foi tocada no momento até a escolha da posição mais agradável e confortável para o nascimento. Contar com a presença de seu companheiro nesse momento tão íntimo e singular, foi de extrema importância para que ela se sentisse segura, cuidada e amada, podendo viver o nascimento da maneira mais intensa e aprazível que a ocasião lhe permitia.

Ter vivenciado a experiência de um parto bem assistido e, acima de tudo, humanizado, foi o principal motivador para que Alice optasse por se especializar em Enfermagem Obstétrica, com o objetivo de proporcionar à outras mulheres essa mesma vivência.

Discussão

A OMS reconhece como profissionais habilitados para prestar assistência ao parto tanto médicos como enfermeiras-obstetras e parteiras. Recomenda que as mulheres podem escolher ter o parto no domicílio desde que tenham gestações

de baixo-risco, recebam o nível apropriado de cuidado e formulem planos de contingência para transferência para uma unidade de saúde devidamente equipada se surgem problemas durante o parto⁶.

O Ministério da Saúde e a OMS reconhecem o parto domiciliar planejado como uma prática segura e adequada, desde que seja da escolha da mulher e que ela e sua família recebam todo o cuidado necessário para o momento do parto⁷.

Para a realização do parto domiciliar de forma segura e organizada, é necessário lidar com os riscos que esse procedimento pode envolver. A decisão pela realização desse procedimento é tomada em conjunto, entre o casal, que opta por esta modalidade de assistência e o profissional que irá os atender, contando com a qualidade da assistência, avaliação de riscos e sistemas de referência^{8,9}.

O acompanhamento do parto normal de risco habitual requer observações cuidadosas, a fim de detectar precocemente possíveis complicações, excluindo a necessidade de intervenções, sendo estas substituídas pelo estímulo, apoio e carinho, uma vez que em ambiente domiciliar o parto volta a ser natural, com pouca ou nenhuma intervenção do profissional^{10,2}.

Dentre os fatores considerados como fundamentais para a garantia da segurança do parto domiciliar, encontra-se a transdisciplinaridade e a possibilidade de transferência no caso da equipe detectar possível intercorrência no trabalho de parto, contando com transporte para um centro de referência. Ressalta-se que a avaliação de risco deve ser

realizada durante todo o processo do trabalho de parto, para que haja a identificação precoce de qualquer sinal de risco que necessite de encaminhamento para serviços que atendam maior complexidade, havendo sempre um serviço de retaguarda para os casos de remoção. A remoção da mulher para o ambiente hospitalar ocorre quando a mesma solicita, ou quando as condições maternas ou fetais não são favoráveis para o parto em domicílio^{10,11}.

O acompanhamento pré-natal é realizado pelas enfermeiras obstetras em consultas mensais até a 36ª semana de gestação, e posteriormente semanais, sendo este acompanhamento de fundamental importância na construção do vínculo entre o profissional, a gestante e seus acompanhantes. A equipe que irá assistir a gestante durante o trabalho de parto deve ser composta por no mínimo duas enfermeiras obstetras, sendo opcional a presença de uma doula e/ou de um médico neonatologista⁷.

Durante todo o pré-natal é realizada a avaliação de risco, uma vez que a escolha do local para o nascimento será tomada em função desta. A necessidade de reclassificar o risco a cada consulta pré-natal e durante o trabalho de parto, faz-se necessário a fim de intervir de forma precisa e precoce, evitando a morbidade grave, morte materna ou perinatal¹¹.

O início do trabalho de parto ocorre quando há a presença de pelo menos 2 contrações uterinas espontâneas em 15 minutos, e pelo dois dos seguintes sinais: apagamento cervical, colo dilatado para 3 cm ou mais e a ruptura espontânea das membranas. Sua duração em

média pode apresentar variações individuais, sendo elas entre 8 a 18 horas em primíparas e 5 a 12 horas em múltiparas¹².

As evidências científicas comprovam que o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, pode contribuir para uma melhor e mais rápida evolução do trabalho de parto. Dentre os principais métodos estão: liberdade para escolher postura e posições variadas, deambulação, respiração ritmada, banho de chuveiro e em banheira, realização de massagem e uso da bola para exercício. Essas práticas colaboram para a evolução do trabalho de parto, e devem ser privilegiadas durante a assistência pois envolvem menos riscos e diminuem a necessidade de intervenções, tornando o parto o mais natural possível e aumentando o conforto da paciente¹³.

Tem-se discutido atualmente as recomendações relacionadas à posição a ser assumida pela parturiente durante o trabalho de parto e parto. Destaca-se a recomendação de encorajá-la a andar e ter a liberdade de escolha da posição que mais lhe agrada, não se recomenda a posição litotômica, por dificultar a evolução do parto. As evidências científicas apresentam as vantagens da postura ereta e da mobilidade materna durante o trabalho de parto e parto esclarecendo que o útero se contrai de forma mais eficaz, o fluxo sanguíneo que chega ao bebê através da placenta é maior e o trabalho de parto se torna mais curto e menos doloroso. Através da ação da gravidade, pela posição ereta, a descida do feto pelo trajeto é favorecida, é impedida a compressão dos grandes vasos maternos e ocorre ainda aumento dos diâmetros do canal de parto,

ângulo de encaixe, ventilação pulmonar e equilíbrio acidobásico, bem como, contrações uterinas mais eficazes^{4,14}.

Relacionado à posição vertical, alguns estudos mostraram que a ocorrência de lacerações perineais foi bem menor, e em sua maioria de primeiro grau, quando comparadas à posição litotômica, tendo uma recuperação mais fácil e menos dolorosa, excluindo a necessidade de sutura ou reconstituição¹⁵.

No que se refere ao contato pele a pele, as recomendações são para que seja estabelecido imediatamente após o nascimento, de forma contínua e prolongada entre todas as mães e filhos saudáveis. Neste momento o recém-nascido passa por uma fase denominada inatividade alerta, que pode durar em média quarenta minutos. É nesse período de alerta que o recém-nascido reconhece e explora o corpo da mãe, por isso é importante que sejam reduzidos os procedimentos de rotina em bebês de baixo risco^{16,17,18}.

Além de acalmar o bebê e a mãe, o contato pele a pele realizado imediatamente após o nascimento, auxilia na estabilização sanguínea e dos batimentos cardíacos, melhora a respiração, reduz o choro e o estresse do recém-nascido com menor perda de energia. Mantém ainda o bebê aquecido pela transmissão de calor de sua mãe, devendo ser esta a principal fonte de termorregulação neonatal. Oferece também melhores condições para a adaptação à vida extrauterina, favorece o início precoce do aleitamento materno, traz vantagens para a mulher no puerpério imediato e reduz a

hospitalização por hiperbilirrubinemia neonatal^{19,20}.

“Logo após o parto a mãe está ansiosa por tocar o recém-nascido e ambos estão impregnados de substâncias que os deixam biologicamente preparados para uma interdependência. Esse é o momento de fortalecimento máximo do vínculo afetivo e de estímulo à lactação. A amamentação se destaca como benefício do contato imediato ao tornar a sucção eficiente e eficaz, aumenta a prevalência e duração da lactação, além de influenciar de forma positiva a relação mãe-filho”¹⁶.

Os “Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno” da OMS/UNICEF, são a base da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Resumem as práticas necessárias a serem desenvolvidas nas maternidades para o apoio ao aleitamento materno. O Passo 4 da IHAC preconiza: “Colocar os bebês em contato direto com a mãe logo após o parto por pelo menos uma hora, e incentivar a mãe a identificar se o bebê está pronto para ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário”¹⁸.

O clampeamento imediato do cordão umbilical logo após o nascimento é uma prática recomendada há muitos anos por especialistas em obstetrícia e neonatologia justificando a prevenção da icterícia neonatal e de policitemia. Contrapondo à estas justificativas, evidências recentes demonstram a importância de aguardar a cessação da pulsação do cordão, ou realizar o clampeamento entre 1 a 3 minutos após o nascimento. Neste período ocorre transferência do sangue existente na placenta no momento do nascimento, possibilitando maior volume de sangue aos órgãos vitais nas primeiras horas e

primeira semana de vida prevenindo anemia por deficiência de ferro^{21,22}.

O pós-parto é uma complexa etapa do ciclo reprodutivo que envolve mudanças de ordem física, psicoemocional, comportamental, relacional e sociocultural, associadas à regressão das transformações orgânicas da gravidez e parto²³.

Além do acompanhamento no trabalho de parto e parto, é de grande importância o acompanhamento da puérpera no pós-parto imediato e nos dias posteriores. Puérperas referem, em estudos realizados, que no pós-parto institucional têm a sensação de abandono e isto é também considerado uma violência contra a mulher¹⁸.

A mulher que opta pelo parto domiciliar, além do acompanhamento no pré-natal, parto e pós-parto imediato, é acompanhada pela equipe em consultas domiciliares nos dez primeiros dias após o parto, normalmente no primeiro, terceiro e décimo dia, para avaliação das condições de saúde do binômio e orientações sobre amamentação e cuidados no puerpério e período neonatal⁷.

O elemento chave da realização do parto domiciliar planejado é o exercício da autonomia e autodeterminação, sendo estes os principais requisitos para o resgate da humanização do nascimento. É em casa que a mulher se sente segura, rodeada por pessoas que a amam e se sente livre para fazer suas escolhas sem se inibir, se tornando o sujeito ativo de seu parto, sendo garantida sua autonomia, individualidade e

privacidade. Essas condições são imprescindíveis para uma evolução adequada do parto¹⁰.

“Um ambiente calmo, harmonioso, livre de estímulos como luz, ruídos e linguagem promove a liberação dos hormônios necessários para o parto, uma vez que como qualquer outro mamífero a mulher busca a privacidade neste momento. No domicílio a protagonista é a mulher com uma rede de apoio familiar que caracteriza a valorização do processo”⁹.

Uma das prerrogativas para o resgate da humanização do nascimento é a possibilidade da participação da família e a presença ativa do pai ou companheiro, o que incide em maior segurança, tranquilidade e afeto para a mulher, favorecendo o desfecho positivo dos partos acompanhados^{9,10}.

De acordo com as Diretrizes Nacionais de assistência ao parto, o parto domiciliar principalmente em primíparas não é recomendado como política nacional visto que as evidências publicadas são de outros países o que denota que se faz necessário maiores publicações sobre o assunto em nosso país. Porém, a própria diretriz afirma que não se deve desencorajar o planejamento do parto no domicílio desde que seja assegurado que todas as mulheres que optarem pelo planejamento do parto fora do hospital tenham acesso em tempo hábil e oportuno à uma maternidade, se houver necessidade de transferência¹².

“A FIGO recomenda que “uma mulher deve dar à luz num local onde se sinta segura, e no nível mais periférico onde a assistência adequada for viável e segura”. Outras sociedades no mundo, como o American College of Nurse Midwives, a American Public Health Association, o Royal College of Midwives (RCM) e o Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) apoiam o parto

domiciliar para mulheres com gestações não complicadas”²⁴.

No Brasil, as mulheres que fazem a opção do parto domiciliar são socialmente reconhecidas como irresponsáveis, onde, muitas vezes os motivos que levam a opção do parto domiciliar são pouco compreendidos pela sociedade. Na Holanda, Canadá e Austrália o parto domiciliar é reconhecido como seguro, sendo estimulado pelo sistema de saúde, visto que, dados apontam que nenhum ambiente é isento de riscos para a realização do parto²⁵.

As concepções sobre os riscos associados ao parto domiciliar estão sendo desmitificadas com os estudos nacionais e internacionais que apresentam resultados obstétricos e perinatais semelhantes em relação aos locais de parto escolhido pelas gestantes, o que contrapõe a ideia de que o parto no domicílio confere um maior risco à saúde das mães e o do recém-nascido²⁶.

Estudo de revisão da Biblioteca Cochrane destaca que o parto domiciliar planejado pode ser tão seguro quanto o parto hospitalar pois, além de uma baixa taxa de complicações e intervenções, tem um menor número de transferência hospitalar e traumas perineais, menor uso de fármacos tanto no trabalho de parto como no pós-parto e, por conseguinte, menor necessidade de cesariana²⁵.

Os profissionais que atuam com a realização do parto em domicílio são dotados não só de competências técnicas, mas prestam uma assistência marcada pelo afeto, companheirismo e empatia, o que inspira confiança e segurança às mulheres a serem atendidas. Ressalta-se, porém,

a importância de ser realizada a monitoração contínua da mãe e do bebê e o uso de instrumentos e procedimentos necessários^{1,9,10}.

O empoderamento da mulher durante a gestação, trabalho de parto e parto é um tema muito discutido no meio científico nos dias atuais, o que permite à parturiente ser sujeito ativo e protagonista do parto, possibilitando movimentos e posições mais confortáveis durante todo o processo, visando um procedimento totalmente natural, livre de intercorrências e estabelecendo um grande vínculo de confiança e afetividade entre o profissional que a atende e os familiares envolvidos^{1,2,9}.

Conclusão

Através da realização desse trabalho é possível concluir que, segundo as atuais evidências científicas, o parto domiciliar planejado é uma prática segura, quando este procedimento conta com profissionais competentes e qualificados para a realização da assistência e a constante classificação de riscos, devendo esta prática ser estimulada e respeitada.

O parto em ambiente domiciliar atende às necessidades psicológicas, emocionais e sociais da mulher, e busca devolver o protagonismo e a autonomia, conduzindo todo o processo do trabalho de parto e parto da forma mais natural e fisiológica possível.

Referências

1. Menezes PFA, Portella SDC, Bispo TCF. A Situação do parto domiciliar no Brasil. Rev Enferm Contemporânea. 2012; 1(1):3-43.
2. Baião CC. O parto domiciliar sob a perspectiva da mulher: protagonismo da mulher e assistência

humanizada. Brasília: Universidade Católica de Brasília. 2012.

3. Crizóstomo CD, Nery IS, Luz MHB. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2007; 11(1):98-104.

4. Mamede FV, Mamede MV, Dotto LMG. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2007; 11(2):331-336.

5. Medeiros RMK, Teixeira RC, Nicolini AB, Alvares AS, Corrêa ACP, Martins DP. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. Rev Bras Enferm. 2016; 69(6):1091-98.

6. Sodrê TM, Merighi MAB, Bonadio IC. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. Cienc Cuid Saúde. 2012; 11(suplem.):115-120.

7. Colacioppo PM, Koiffman MD, Riesco MLG, Schneck CA, Osava RH. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. Rev Enferm Referência. 2010; III Série(2):81-90.

8. Frank TC, Pellosso SM. A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. Rev Gaúcha Enferm. 2013; 34(1):22-29.

9. Sanfelice CFO, Abbud FSF, Pregnotatto OS, Silva MG, Shimo AKK. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. Rev Rene. 2014; 15(2):362-70.

10. Barbosa CM, Dias MD, Silva MSS, Caricio MR, Medeiros APDS. Mulheres e parteiras tradicionais: práticas de cuidado durante o processo de parto e nascimento em domicílio. Rev Pesq Cuid Fundam. 2013; 5(1):3206-20.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2012.

12. 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: versão resumida [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde,

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde. 2017; 51.

13. Silva EF, Strapasson MR, Fischer ACS, Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto. Rev Enferm UFSM. 2011; 1(2):261-271.

14. Sabatino H. Análise crítica dos benefícios do parto normal em distintas posições. Rev Tempus Actas Saúde Col. 2010; (4):143-148.

15. Mouta RJO, Pilotto DTS, Vargens OMC, Progianti JM. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. Rev Enferm UERJ. 2008; 16(4):472-6.

16. Matos TA, Souza MS, Santos EKA, Velho MB, Seibert ERC, Martins NM. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. Rev Bras Enferm. 2010; 63(6):998-1004.

17. Moreira MEL, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS, et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. Cad Saúde Pública. 2014; 30(Sup.):s128-s139.

18. Pereira CRVR, Fonseca VM, Oliveira MIC, Souza IEO, Mello RR. Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. Rev Bras Epidemiol. 2013; 16(2):525-34.

19. Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. Cad Saúde Pública. 2008; 24(2):s235-s246.

20. Spehar MC, Seid EMF. Percepções maternas no método canguru: contato pele a pele, amamentação e auto eficiência. Psicologia em Estudo. 2013; 18(4):647-656.

21. Navarro CRP. O que diz a literatura sobre o clampeamento tardio do cordão umbilical no recém-nascido a termo: argumentos para implementação de boas práticas. Rio Grande do Sul. Monografia [Especialização em Enfermagem Obstétrica] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2016.

22. Venâncio SI, Levy RB, Saldiva SRDM, Mondini L, Alves MCGP, Leung SL. Efeitos do

clampeamento tardio do cordão umbilical sobre os níveis de hemoglobina e ferritina em lactentes aos três meses de vida. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(2):s323-s331.

23. Teixeira RC, Mandú ENT. Necessidades e cuidados no pós-parto na visão de trabalhadores da saúde da família. *Cienc Cuid Saúde*. 2012; 11(2):275-283.

24. Amorim M. Parto Domiciliar: direito reprodutivo e evidências. 2014 [citado 06 de junho 2014]. In: *Estuda, Melania, Estuda! Estudando Parto Domiciliar*. [Internet Blog].

Disponível em:
<<http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/estudando-parto-domiciliar.html>>. Acesso em 22 nov 2017.

25. Koettker JG, Bridgeman OM, Dufloth RM. Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(1):15-21.

26. Sanfelice, CFO, Shimo AKK. Parto domiciliar: avanço ou retrocesso? *Rev Gaúcha Enferm*. 2014; 35(1):157-160.