

**O resgate da cultura dos partos domiciliares: uma revisão integrativa de literatura**  
**Rescuing the culture of home births: an integrative literature review**  
**Rescatar la cultura de los nacimientos en casa: una revisión bibliográfica integradora**

Recebido: 11/02/2020 | Revisado: 18/02/2020 | Aceito: 04/03/2020 | Publicado: 16/03/2020

**Maiza Leal Medeiros**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4831-5004>

Universidade Federal do Pará, Brasil

E-mail: [maizamedeiros@hotmail.com](mailto:maizamedeiros@hotmail.com)

**Tamyles Moraes dos Santos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7011-8675>

Universidade Federal do Pará, Brasil

E-mail: [tamyles@gmail.com](mailto:tamyles@gmail.com)

**Maguida Patrícia Lacerda Cordeiro Oliveira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8098-1288>

Faculdade Metropolitana da Amazônia, Brasil

E-mail: [maguidaaespi@gmail.com](mailto:maguidaaespi@gmail.com)

**Antonio Werbert Silva da Costa**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9724-5420>

Universidade Estadual do Maranhão, Brasil

E-mail: [werbert39@hotmail.com](mailto:werbert39@hotmail.com)

**Eimar Neri de Oliveira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6861-8996>

Faculdade Metropolitana da Amazônia, Brasil

E-mail: [eimarneri@hotmail.com](mailto:eimarneri@hotmail.com)

**Maria Albertina Ribeiro Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5149-0615>

Associação de Ensino Superior do Piauí, Brasil

E-mail: [albertinaribeirosil@hotmail.com](mailto:albertinaribeirosil@hotmail.com)

**Rosivalda Ferreira de Oliveira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2444-8259>

Faculdade Metropolitana da Amazônia, Brasil

E-mail: [mail.rosa.oliveira.enf@hotmail.com](mailto:mail.rosa.oliveira.enf@hotmail.com)

## **Resumo**

O estudo objetiva analisar as evidências científicas sobre o parto domiciliar e como vem se desenvolvendo o trabalho dos enfermeiros em seu cotidiano. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura por meio de pesquisa na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com descritores pré-selecionados, obtendo-se estudos indexados nas bases de dados LILACS, MEDLINE E BDNF, no período de 1998 até o primeiro semestre de 2017. Foram encontrados 12 artigos, divididos por similaridade e utilizados como base para a criação de 3 categorias para discussão: I Restituição Histórica e Cultural do Parto Domiciliar: transição ao parto institucionalizado, com 3 artigos; II Atuação de Enfermeiras Obstetras no Parto Domiciliar, com 5 artigos; e III A escolha pelo parto domiciliar e o papel do enfermeiro no fortalecimento da mesma, com 4 artigos. A leitura detalhada dos artigos nos permitiu observar que o parto domiciliar vem sendo abordado como um canal de vínculo de confiança da mulher consigo mesma e com o profissional, uma vez que ambos tornam-se responsáveis pela tomada de decisões a respeito do planejamento dos seus cuidados, de forma que a mulher participe ativamente e seja protagonista do seu parto.

**Palavras-chave:** Parto domiciliar; Enfermagem; Enfermeiras obstétricas.

## **Abstract**

The study aims to analyze the scientific evidence on home birth and how the work of nurses is developing in their daily lives. It is an integrative review of the literature through research in the Virtual Health Library (VHL) with pre-selected descriptors, obtaining studies indexed in the LILACS, MEDLINE and BDNF databases from 1998 to the first half of 2017. Twelve articles were found, divided by similarity and used as a basis for the creation of 3 categories for discussion: I Historical and Cultural Restitution of Home Delivery: transition to institutionalized delivery, with 3 articles; II Performance of Obstetric Nurses in Home Delivery, with 5 articles; and III The choice for home delivery and the role of the nurse in strengthening it, with 4 articles. The detailed reading of the articles allowed us to observe that home birth has been approached as a channel of trust by the woman with herself and with the professional, since both become responsible for making decisions regarding the planning of their care, so that the woman participates actively and is the protagonist of their delivery.

**Keywords:** Home delivery; Nursing; Obstetric nurse.

## **Resumen**

El estudio tiene como objetivo analizar las pruebas científicas sobre el nacimiento en casa y cómo se desarrolla el trabajo de las enfermeras en su vida diaria. Se trata de una revisión integral de la literatura a través de la investigación en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) con descriptores preseleccionados, obteniendo estudios indexados en las bases de datos LILACS, MEDLINE y BDNF desde 1998 hasta el primer semestre de 2017. Se encontraron 12 artículos, divididos por similitudes y que sirvieron de base para la creación de 3 categorías para el debate: I Restitución histórica y cultural del parto en el hogar: transición al parto institucionalizado, con 3 artículos; II El desempeño de las enfermeras obstétricas en el parto en el hogar, con 5 artículos; y III La elección del parto en el hogar y el papel de la enfermera en su fortalecimiento, con 4 artículos. La lectura detallada de los artículos permitió observar que el parto domiciliario ha sido abordado como un canal de confianza de la mujer consigo misma y con el profesional, ya que ambos se encargan de tomar decisiones sobre la planificación de sus cuidados, de modo que la mujer participa activamente y es protagonista de su parto.

**Palabras clave:** Parto en casa; Enfermería; Enfermera obstétrica.

## 1. Introdução

A gestação e o parto são processos naturais e constituem uma das experiências humanas mais significativas e impactantes para a vida da mulher, que podem trazer resultados positivos ou negativos, influenciando nas gestações e partos futuros (Rezende, 2011).

No final da Idade Média, a experiência do nascimento acontecia nos ambientes domiciliares, sob o cuidado de mulheres parteiras que eram os agentes da assistência. Nessa época o processo de nascimento era considerado um processo fisiológico, natural e dizia respeito em sua totalidade na função da figura feminina (Gualda, 1998).

Por um longo tempo, o parto foi um evento privado, íntimo e feminino, que passou a ser vivido de maneira pública e institucionalizado, quando deslocou-se para as instituições de saúde, passando a ser uma prática da medicina, incorporada como uma das suas atribuições (Tosi, 1988).

Essa mudança do parto doméstico assistido por parteiras, para o parto hospitalar conduzido por médicos, conferiu à assistência obstétrica novos significados. O Parto passou de evento fisiológico, feminino, familiar e social, para um ato médico (masculino), no qual o risco de patologias e complicações se tornou a regra e não a exceção, assim, instaurando-se o modelo tecnocrático de assistência ao parto (Maia, 2010).

E apesar dos benefícios da institucionalização trouxe como: diminuição na taxa de mortalidade materna e neonatal. O parto tornou-se de caráter técnico, impessoal, com pouca ou nenhuma afetividade, excluindo a participação da família e tornando esse momento singular uma experiência sofrida e fria, no qual a mulher é considerada um objeto (Notas sobre o nascimento e parto, 1997).

Por consequência, elimina a mulher como sujeito do parto e coloca o médico nesse lugar, cabendo a ele a autoridade, responsabilidade e a condução ativa do processo, não reconhecendo como legítimas as situações nas quais o ambiente externo e o estado emocional da mulher atuam dificultando ou facilitando o trabalho de parto e o parto, determinando e facilitando a atuação intervencionista do médico quando o mesmo achar apropriado, supervalorizando a utilização de tecnologia, alienando a parturiente em relação ao profissional e direcionando o sistema para o lucro (Davis-floyd, 2001).

Isso infere que embora o parto represente uma transição importante na vida da mulher e da família, um momento em que necessita de apoio e compreensão para poder enfrentar o mais naturalmente a parturição, necessitando de conforto físico e psíquico (Simões, 1998), poucas são as instituições públicas onde a mulher participa ativamente desse processo e o pai/família podem acompanhar a parturiente durante o trabalho de parto, parto e nascimento (Nakamo & Mamede, 1994).

Este modelo de assistência foi e ainda é o referencial para sustentação e condução do processo de parto e nascimento dentro das instituições de saúde atuais, salvo algumas raras exceções. Ainda grande maioria das mulheres são separadas de seus companheiros ou acompanhantes, confrontando-se com um ambiente estranho, não dominando a linguagem técnica que lhe é empregada, recebida frequentemente com hostilidade por profissionais mal remunerados, incapacitados e que trabalham, muitas vezes, em condições de estresse. Fatores que podem contribuir de alguma maneira para o surgimento de complicações no trabalho de parto como as distócias funcionais e feto-anexiais (Hotimsky, 1997).

Nesse contexto é visível que a problemática não envolve apenas a assistência dos profissionais envolvidos, mas, que, a estrutura física também tem uma íntima relação com o modelo assistencial, configurando assim, que o próprio espaço hospitalar acaba sendo um instrumento de submissão, a partir da aplicação de rotinas, normas e regras hierárquicas que, de certa forma acaba interferindo e ocorrendo um atraso no processo de humanização. Tendo em vista que o local do parto não é apenas um cenário aonde é realizado um procedimento assistencialista, mas que influencia diretamente e condiciona as relações que se procedem (Barcelos, 2005).

Desta maneira, algumas mulheres estão percebendo a necessidade de optar pelo parto domiciliar, motivadas por algumas razões como: atendimento individualizado; pouca ou nenhuma intervenção obstétrica; contato pele a pele precoce e prolongado com o Recém-nascido (RN) e a possibilidade de ter um ou mais acompanhantes (Feyer et al., 2013; Kruno & Bonilha, 2004; Medeiros, Santos & Silva, 2008). Além disso, as experiências negativas acerca do parto causadas pelas taxas elevadas de cesáreas têm influenciado as mulheres a desejarem esse tipo de atendimento já na primeira gestação (ANS, 2008; Leal et al., 2014).

A enfermagem obstétrica nesse cenário assistencial ao parto domiciliar, busca incorporar os princípios de cuidado de estímulo à fisiologia do parir, de expressão da sensibilidade, subjetividade e intersubjetividade no ambiente do cuidado. Incentivando para que o protagonismo feminino possa ser vivenciado com respeito à cidadania, direitos e autonomia das mulheres (Pereira & Moura, 2009).

Muitos desses profissionais, em meados dos anos 90, incorporaram em seu fazer práticas obstétricas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e consideradas pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro como apropriadas, as quais tiveram fundamental importância para a reconfiguração do campo obstétrico com a perspectiva da humanização do parto (Progiante & Vargens, 2004).

Até os dias atuais, as enfermeiras obstétricas lutam para ocuparem e manterem-se nesses espaços e neles vem desenvolvendo tecnologias que denominamos de tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica (Azevedo, 2008), passando a desenvolver ferramentas e tecnologias para a manipulação e melhoria do processo inerentemente defeituoso do nascimento, caracterizado pelo sistema de linha de montagem industrial (Davis-floyd, 2001).

Baseado nessas inúmeras transformações no modelo assistencial relacionado ao nascimento observa-se que o parto domiciliar ainda vem sendo caracterizado como questão polêmica até mesmo dentro da enfermagem obstétrica, surgindo o seguinte questionamento: quais as evidências científicas sobre o parto domiciliar e como vem se desenvolvendo o trabalho dos enfermeiros em seu cotidiano?. Com isso este estudo objetiva Analisar as evidências científicas sobre o parto domiciliar e como vem se desenvolvendo o trabalho dos enfermeiros em seu cotidiano.

## **2. Metodologia**

Esse trabalho foi elaborado por meio de uma revisão integrativa de literatura, método preconizado por Cooper, que se fundamenta em buscar dados disponíveis na literatura e compará-los para aprofundar o conhecimento do tema investigado (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

Para a elaboração da revisão integrativa as seguintes etapas foram percorridas: estabelecimento da pergunta de pesquisa e objetivo da revisão integrativa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados e a última etapa consistiu na apresentação da revisão.

Para identificar as fontes de interesse à pesquisa, foi realizada uma busca exploratória em material bibliográfico (artigos de periódicos). Foram realizadas leituras exploratórias, seletivas, interpretativas e a organização dos artigos foi por meio da identificação do periódico (conforme nome, volume, página e ano de publicação), título do artigo, nome do autor, resultados e considerações.

Como critérios de inclusão das referências bibliográficas, foram utilizados trabalhos que abordassem o tema em questão, disponíveis na íntegra, gratuitos, publicados nos idiomas português e espanhol, nas bases de dados MEDLINE, BDENF e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), no período de 1998 até o primeiro semestre de 2017.

Como critérios de exclusão, trabalhos em formato de resumo ou tese, que estivessem repetidos nas bases de dados e na biblioteca pesquisada, publicados anteriormente ou posteriormente ao período de 19 anos.

Foram definidos os seguintes descritores para buscas bibliográficas: parto domiciliar; enfermagem e enfermeiras obstétricas.

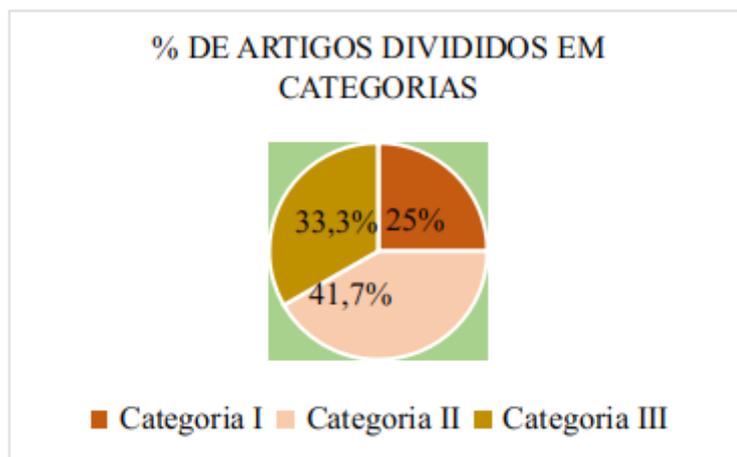
A avaliação inicial do material bibliográfico ocorreu mediante a busca na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que ao pesquisar apenas com o descritor Parto Domiciliar foram encontradas 6.544 fontes, que ao ser combinado com o descritor Enfermagem resultou em 4.764 fontes, que combinados com o descritor Enfermeiras Obstétricas, totalizaram 606 fontes. Dessas, 61 apresentam-se disponíveis gratuitamente de forma íntegra e apenas 22 em português e 01 em espanhol.

A partir disso, foram excluídos 09 artigos. Destes, 08 estavam duplicados e 01 por se tratar de tese. Assim, foram utilizados os 12 artigos restantes, apresentados no quadro 01.

A leitura pormenorizada dos 12 artigos encontrados permitiu agrupar os resultados por similaridade de conteúdo, sendo constituídas 03 categorias de análise: I Restituição Histórica e Cultural do Parto Domiciliar: transição ao parto institucionalizado, com 03 artigos (25%); II

Atuação de Enfermeiras Obstetras no Parto Domiciliar, com 05 artigos (41,7%), e III A escolha pelo Parto Domiciliar, com 04 artigos (33,3%), conforme descritos na Figura 01.

**FIGURA 01:** Porcentagem de artigos conforme a categoria.



Fonte: pesquisa propria.

### 3. Resultados

Diante da busca realizada nas bases de dados possibilitou a realização desta revisão com 12 artigos, conforme decrito no Quadro 01. Os artigos selecionados foram avaliados e discutidos com a abordagem qualitativa, a síntese foi realizada com dados qualitativos a partir da análise e da checagem dos dados coletados e discutidos em 3 categorias, elencadas para uma melhor abordagem do conteúdo.

**Quadro 1:** O quadro mostra os artigos selecionados para a pesquisa evidenciando a base de dados, título, autor, ano e a descrição dos artigos.

Base De Dados	Título	Autor	Ano	Descrição
MEDLINE	Assistência à parturiente por enfermeiras obstetras no projeto Midwifery: um relato de experiência	DAVIM, R.M.B; BEZERRA, L.G.M.	2002	Descrever a assistência humanizada prestada à parturiente por enfermeiras obstétricas no Projeto Midwifery de uma maternidade escola.

MEDLINE	Resultados de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC	KOETTKERI, J.G et al.	2005	Avaliar os resultados obstétricos e neonatais dos partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas.
LILACS	As parteiras e o cuidado com o nascimento	ACKER, J.I.B.V et al.	2006	Conhecer o cuidado das parteiras com o nascimento no século passado.
BDENF	A preservação perineal como prática de enfermeiras obstétricas	PROGIANTI, J.M et al.	2006	Analisar os efeitos percebidos pela mulher diante da não realização da episiotomia e analisar as ações de enfermagem que foram determinantes para a não-intervenção cirúrgica sob a ótica da mulher.
LILACS	Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres	NASCIMENTO, N.M et al.	2010	Identificar as atitudes e práticas de enfermeiras obstétricas e discutir seus efeitos durante o trabalho de parto na percepção de mulheres, atendidas em uma casa de parto.
LILACS	A responsabilidade profissional na assistência ao parto: discurso de enfermeiras obstétricas	WINCK, D.R; BRÜGGEMANN, O.M; MONTICELLI, M.	2012	Identificar o conhecimento das enfermeiras obstétricas em relação à responsabilidade profissional na assistência ao parto.
BDENF	Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas	FEYER, I.S.S; MONTICELLI, M; KNOBEL, R.	2013	Identificar as características sociodemográficas de casais que optam pelo domicílio como local para a ocorrência do

				parto.
MEDLINE	Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais	Koettker, J.G; Brüggemann, O.M; Dufloth, R.M.	2013	Descrever a taxa e as causas de transferência intraparto de mulheres assistidas no domicílio por enfermeiras obstétricas e os desfechos desses nascimentos no hospital de referência.
BDENF	Do parto institucionalizado ao parto domiciliar	SANFELICE, C.F.O et al.	2014	Descrever a experiência vivenciada por um grupo de enfermeiras obstetras da cidade de Campinas, SP, Brasil, sobre o processo de transição do atendimento ao parto institucionalizado para o parto domiciliar, ocorrido no período de 2011 a 2013.
BDENF	A preocupação das mulheres primíparas em relação ao trabalho de parto e parto	SOUZA, M. G. et al.	2015	Conhecer as preocupações das mulheres primíparas acerca do trabalho de parto e parto, e identificar ações do enfermeiro para amenizar os sentimentos das mulheres.
LILACS	Comparação de resultados obstétricos e neonatais entre primíparas e múltiparas assistidas no domicílio	KOETTKERI, J.G et al.	2015	Comparar os resultados obstétricos e neonatais entre primíparas e múltiparas assistidas no domicilio por enfermeiras obstétricas.

BDEFN	O enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado	MATTOS, D.V; VANDENBERGH E, L; MARTINS, C.A.	2016	Descrever os desafios e obstáculos na atuação do enfermeiro no Parto Domiciliar Planejado e refletir sobre o contexto social e profissional vivenciado pelo enfermeiro obstetra na assistência ao Parto Domiciliar Planejado.
-------	---	---	------	---

Fonte: Pesquisa própria.

#### 4. Discussão

##### **Categoria I: Restituição Histórica e Cultural do Parto Domiciliar: transição ao parto institucionalizado**

Na análise dos 12 artigos, 03 abordavam o tema em discussão. Nesta categoria serão apresentados os resultados das pesquisas que discutiram sobre as práticas embasadas pelo contexto histórico e cultural do parto domiciliar.

Um dos 03 artigos faz uma comparação entre dois modelos de assistência: o modelo tecnocrático de assistência ao parto, onde o parto e o nascimento passam de um evento fisiológico, feminino, familiar e social pra um evento patológico de ato médico. E o modelo humanizado de assistência ao parto, o qual pressupõe a mínima utilização de intervenção no processo fisiológico de nascimento.

De acordo com Davis - Floyd (2001), com a mudança do parto doméstico para o parto hospitalar, novos significados foram atribuídos à assistência obstétrica, instaurando-se, assim, o modelo tecnocrático de assistência ao parto, no qual a mulher é compreendida como máquina e a assistência prestada como linha de produção.

Dessa forma, tal modelo coloca o médico como sujeito do parto, cabendo a ele a autoridade, responsabilidade e a condução ativa do processo, determinando e facilitando a atuação intervencionista quando o mesmo achar apropriado, supervalorizando a utilização de tecnologias. Além, disso, não reconhece como legítimas as situações nas quais o ambiente externo e o estado emocional da mulher atuam dificultando ou facilitando o trabalho de parto e o parto (Davis-floyd, 2001).

Em contrapartida, o modelo humanizado de assistência busca resgatar valores como o

protagonismo, a individualidade, a privacidade e a autonomia de cada mulher, onde seu principal objetivo é promover partos saudáveis, eliminando-se as intervenções desnecessárias e oferecendo outras comprovadamente consideradas benéficas (Maia, 2010).

É importante considerar que dificilmente uma assistência ao parto institucionalizada seja sustentada pelo segundo modelo referido, não havendo espaço para formação baseada na valorização da mulher e do processo fisiológico da parturição. Portanto, a assistência ao parto em domicílio ressurge como uma alternativa viável e coerente com tais valores e princípios (Sanfelice et al., 2014).

O segundo se refere às modificações e influências socioculturais relacionados ao ritual do nascimento, abordando alguns determinantes culturais que a sociedade dispõe como o local apropriado para o parto, comportamento da mulher no decorrer desse processo e até a forma de reagir ao nascimento do bebê. Logo, o parto torna-se mais que um ato fisiológico, mas um evento definitivo e desenvolvido em um ambiente cultural.

A concepção, a gravidez e o parto são alguns dos fenômenos naturais que ocorrem na vida da maioria das mulheres. Estes fenômenos sofrem influências socioculturais do meio, principalmente as relacionadas ao ritual do nascimento, que está cercado de simbologia, ligada a determinantes culturais (Cechin, 2002).

Segundo Monticelli (1997), durante muito tempo a assistência à mulher no parto foi realizada por outras mulheres, chamadas de parteiras ou assistentes de parto. Estas podiam ser amigas, mães, vizinhas ou pessoas escolhidas nas comunidades, consideradas capazes de colaborar com a futura mãe em alguma tarefa relacionada ao parto.

Ao longo dos séculos, as crenças relacionadas principalmente à gestação e ao parto foram sofrendo modificações, acompanhando a evolução tecnológica na área da saúde. De uma atividade empírica realizada por pessoas leigas, o parto passou a ser uma prática institucional, realizada dentro dos hospitais pelos médicos (Acker et al., 2006).

O último artigo aborda a não utilização de práticas invasivas sob a ótica da mulher, considerando que todo procedimento externo e invasivo da fisiologia que resulte em uma experiência dolorosa para a mesma, é considerado trauma. Aponta os procedimentos invasivos, principalmente a episiotomia, como reflexo da transição do parto domiciliar para o parto institucionalizado.

Para Resende (2005) a ideia de que o parto vaginal tem como consequência a frouxidão do assoalho pélvico contribuiu em muito para a instituição da episiotomia como procedimento de rotina na assistência ao parto hospitalar no Brasil, destacando suas vantagens principalmente para a prática sexual masculina.

Deste modo, pode-se afirmar que algumas mulheres incorporaram a crença de que a não-realização da episiotomia teria como consequência uma vagina dilatada ou uma “bexiga baixa” (Progianti & Vargens, 2004).

Vale ressaltar que todo procedimento externo e invasivo da fisiologia, que resulte em uma experiência dolorosa para a mulher, é considerado um trauma, podendo acarretar consequências físicas e psíquicas, rompendo com a integridade fisiológica do parto (Progianti & Vargens, 2004).

Ainda assim, o modo de entender a indicação e o uso da episiotomia como procedimento rotineiro, acabou influenciando a formação e atuação dos profissionais da obstetrícia brasileira. Esta concepção perdura até os dias de hoje, ainda que haja evidências e recomendações de que a episiotomia e os demais procedimentos invasivos sejam reservados para circunstâncias excepcionais e realmente necessárias (Eason & Feldman, 2000).

## **Categoria II: Da Atuação às responsabilidades de Enfermeiras Obstétricas no Parto Domiciliar**

Atuação de enfermeiras obstétricas no parto domiciliar é a segunda categoria analisada através da análise dos artigos, onde 05 dos 12 artigos avaliados deram embasamento para a escolha dessa. Nesta categoria serão apresentados os resultados das pesquisas que discutiram a importância da atuação da enfermagem e as responsabilidades do exercício profissional do enfermeiro obstetra na prática assistencial domiciliar.

Nos artigos avaliados, percebe-se que a atenção ao parto normal está embasada em duas concepções. A primeira, caracterizada pelo processo intervencionista dentro de uma visão cartesiana, apoiando-se no enfoque de risco e, uma segunda, seguindo um modelo mais humano, onde o corpo é visto de maneira holística. O primeiro modelo se adapta aos médicos com métodos invasivos e o segundo, mais afeito às enfermeiras que atuam de forma mais humana.

Porventura, sabe-se que o profissional da área da saúde desde muito tempo responde por atos do exercício de sua profissão, estando sujeito à responsabilização civil, penal e ético-administrativa. Da mesma maneira, as enfermeiras obstétricas diante da assistência direta ao parto normal e do aumento da visibilidade dessas profissionais, é natural que fiquem sujeitas a maiores responsabilizações, carecendo de preparo em todos os aspectos, desde a formação técnica adequada até o conhecimento dos reflexos legais de seus atos, quer sejam eles realizados em instituições ou de maneira autônoma nos partos domiciliares.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a enfermeira obstétrica, a obstetritz e o médico como profissional habilitado para prestar assistência ao parto (OMS, 1996). No Brasil a enfermeira obstétrica é uma profissional habilitada e amparada legalmente pela Lei do Exercício para a assistência ao parto, inclusive, em 2008 foi reconhecida pela Agência Nacional de Saúde Complementar para assistir ao parto domiciliar das gestantes de risco, de forma autônoma (ANS, 2008).

O terceiro artigo avaliado relata que o domicílio é uma opção de local parturitivo em diversos países como Canadá, Austrália e Países Baixos. Que a assistência domiciliar planejada é tão segura quanto a hospitalar, e apesar de não recomendar o parto domiciliar, por considerar que apresenta um risco de morte neonatal aumentado em relação ao parto hospitalar, o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia destaca que esse risco é baixo e o número de intervenções é menor nessa modalidade de assistência.

É notável que nesse período gestacional ocorrem inúmeras e sucessivas transformações no corpo e na vida da mulher até o nascimento do recém-nascido (Souza, Rosa & Bastiani, 2011). Tais transformações podem gerar uma crise do seu ser, marcada por mudanças emocionais e físicas, podendo gerar conflitos, e estado de tensão, medo, ansiedade e insegurança, Preocupações que podem ser resolvidos com um acompanhamento eficaz no pré-natal, partindo de uma assistência de um atenção holística e uma atenção individualizada para casa gestante.

A mulher reage ao que lhe é oferecido de maneira positiva ou negativa, sendo os sentimentos envolvidos no processo de nascimento, bastante significativos para a parturiente. Quando percebe que os profissionais de saúde se mostram sensibilizados com a situação e se solidarizam com as expressões de dor, medo e alegria, a mulher reage com segurança, exacerbando a possibilidade de compreensão ao momento que vivencia (Oliveira et al., 2010).

Vale inferir que as tecnologias usadas no cuidado de enfermagem obstétrica são definidas como o conjunto de técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pelo enfermeiro durante sua relação de cuidado profissional, que, por sua concepção ecológica, compreende o parto como um processo fisiológico, respeitando sua natureza e a integridade corporal e psíquica das mulheres. Colocando à disposição das usuárias um conhecimento profissional específico, caracterizado por ser essencialmente relacional e derivado de um saber estruturado da enfermeira.

Dessa forma, é importante o profissional de saúde ajudá-la a superar esses sentimentos, os momentos de tensão e passar por essa fase sem complicações (Moreira et al., 2008).

### **Categoria III: A escolha pelo parto domiciliar e o papel do enfermeiro no fortalecimento da mesma**

Essa categoria objetiva esclarecer os motivos que levam as mulheres e profissionais da saúde optarem pela realização do parto domiciliar.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda como prática o respeito à escolha da mulher sobre o local do parto após esta ter recebido as informações necessárias, podendo ser o domicílio, quando existir um centro de referência para a transferência (OMS, 1996).

O atendimento ao parto domiciliar planejado vem crescendo mundialmente e os resultados maternos e neonatais, de morbidade e mortalidade, têm sido amplamente publicados em periódicos internacionais, concluindo que ambos os locais, domicílio e hospital, são igualmente seguros para parir (Feyer et al., 2013).

No Brasil, algumas mulheres estão optando pelo parto domiciliar, motivadas por algumas razões como: atendimento individualizado; pouca ou nenhuma intervenção obstétrica; contato pele a pele precoce e prolongado com o Recém-nascido (RN); e a possibilidade de ter um ou mais acompanhantes (Medeiros, Santos & Silva, 2008). Além disso, as elevadas taxas de cesárea e as experiências negativas acerca do parto têm influenciado as mulheres a desejarem esse tipo de atendimento já na primeira gestação (Leal et al., 2014).

Os frequentes relatos de violência obstétrica no ambiente hospitalar, aliados a uma rede de informação sobre a possibilidade de que a mulher pode ter um parto ativo e humanizado no domicílio, oriundas de grupos de gestantes/casais grávidos, grupos virtuais e sites de informação, também vem influenciando as mulheres a optar pela assistência nesse local (Kruno & Bonilha, 2004).

No segundo artigo avaliado desta categoria, relata que as mulheres que optam pelo parto domiciliar participam mais ativamente do trabalho de parto e do parto, são menos ansiosas e confiam mais na fisiologia do próprio corpo do que as que escolhem o hospital como local de parturição. Partindo do princípio que a assistência ao parto no domicílio está associada a menos intervenções e menores taxas de cesariana. As mulheres são mais respeitadas quanto à escolha da posição de parir e há maior estímulo ao contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e à amamentação (Ackermann - liebrich et al., 1996)

Em outro artigo, observa-se que a opção pelo parto domiciliar deve-se a inúmeros fatores, entre os quais a intenção de afastar os processos de parir e nascer do domínio exclusivamente médico, trazendo-os à perspectiva das experiências humanas e sociais. Esta

transformação tem gerado novos comportamentos, valores e sentimentos, tanto para as famílias quanto para os profissionais envolvidos com a assistência ao parto domiciliar (Souza, 2005).

Um desses estudos, realizado por uma antropóloga, em uma capital do sul do país, revelou que, entre os principais motivos apontados pelos casais para a preferência pelo parto em casa, estavam a valorização pela simplicidade de um parto “natural”, a possibilidade de experimentar sensações que faziam parte da intimidade do homem e da mulher, bem como a expectativa de prepararem juntos a chegada de uma criança que, em síntese, selaria a união afetiva dos dois (Souza, 2005).

Deste modo, humanizar a assistência à mulher no processo de parturição aponta para atenção voltada à mulher e família em sua singularidade, com necessidades específicas, que vão além de questões biológicas e abrangem as condições sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes nos relacionamentos humanos (Torres, Santos & Vargens, 2008).

As políticas públicas de saúde enfatizam o fortalecimento das mulheres frente à identificação de suas demandas de saúde, reivindicação de seus direitos na promoção do autocuidado, visando a melhoria da qualidade de vida da mãe e recém-nascido (Milbrath et al., 2010).

Os enfermeiros obstetras ao implantar as práticas de humanização recomendada pela OMS, na atenção às parturientes, passaram a encorajar as mulheres quanto a sua capacidade de conduzir seu próprio parto e a utilizar técnicas que consideram favoráveis à evolução fisiológica do trabalho de parto e condutas não farmacológicas para o alívio da dor (Torres, Santos & Vargens, 2008). No processo de parturição reconhece-se a importância dos avanços científicos e tecnológicos nos últimos anos, mas aponta para o resgate do modelo histórico de parir, retomando novamente o ambiente domiciliar como local propício para o parto.

## **5. Considerações Finais**

Esta revisão integrativa de literatura nos permitiu perceber que o parto domiciliar ressurgiu com uma abordagem em contrapartida aos excessos de assistência tecnocrática, modelo que tornou-se enraizado não só nas condutas dos profissionais, mas também na população. O retorno ao parto realizado no ambiente domiciliar tem levantado várias discussões. Se por um lado é visto como instrumento relevante na promoção e humanização da assistência ao parto e nascimento, por outro, há um embate no que diz respeito à segurança do binômio mãe-bebê.

Notou-se que, apesar do contexto natural e cultural ao qual o parto em domicílio pertence, ainda é algo de difícil reinserção na vivência atual, uma vez que a mulher que opta pelo mesmo, precisa enfrentar não só o modelo medicalizado e intervencionista, mas também a sua própria família, seus amigos, que têm este modelo como o mais adequado e seguro.

Atualmente, fala-se muito acerca dos benefícios do parto domiciliar planejado em comparação ao parto hospitalar, uma vez que os índices de morbidade e mortalidade apontam que tanto o ambiente hospitalar quanto o domiciliar possuem o mesmo nível de segurança para parir. Isso tem motivado mulheres a buscarem profissionais que trabalhem com esse tipo de assistência, oferecendo um atendimento individualizado, com pouca ou nenhuma intervenção.

Ao longo da leitura dos artigos, observa-se que apesar das dificuldades encontradas dentro das instituições, a enfermagem obstétrica tem buscado empenhar-se na melhoria da assistência, retomando valores que buscam resgatar o modelo histórico do nascimento e que vão além dos aspectos científicos e tecnológicos, colocando o ambiente domiciliar como um local propício para o parto.

## Referências

Acker, J. I. B. V., Annoni, F., Carreno, I., Hahn, G. V., & Medeiros, C. R. G. (2006). As parteiras e o cuidado com o nascimento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(5), 647-651.

Ackermann-Lieblich, U., Voegeli, T., Gunter-Witt, K., Kunz, I., Zullig, M., Schindler, C., ... & Zurich Study Team. (1996). Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome. *Bmj*, 313(7068), 1313-1318.

Agência Nacional de Saúde Complementar. (2008). *O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas*.

Azevedo, L. G. F. (2008). *Estratégias de luta das enfermeiras obstétricas para manter o modelo desmedicalizado na Casa de Parto David Capistrano Filho* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Barcellos, R. M. G. (2005). A infra-estrutura física na humanização do parto. Rattner D, Trench B, organizadores. *Humanizando nascimentos e partos*. São Paulo: Editora Senac.

Cechin, P. L. (2002). Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 55(4), 444-448.

Davim, R. M. B., & Menezes, R. M. P. D. (2001). Assistência ao parto normal no domicílio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(6), 62-68.

Davis Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, S5-S23.

Eason, E., & Feldman, P. (2000). Much ado about a little cut: is episiotomy worthwhile?. *Obstetrics & Gynecology*, 95(4), 616-618.

Feyer, I. S. S., Monticelli, M., Volkmer, C., & Burigo, R. A. (2013). Publicações científicas brasileiras de enfermeiras obstétricas sobre parto domiciliar: revisão sistemática de literatura. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(1), 247-256.

Gualda, D. *A experiência, o significado e a realidade da enfermeira obstetra: um estudo de caso*. São Paulo, 1998 (Doctoral dissertation, Tese (Livre Docência)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo).

Hotimski, S. N. (1997). Lidando com a dor no trabalho de parto. Editorial. *Genp*.

Koettker, J. G., Collaço, V. S., Feyer, I. S., & Burigo, R. A. (2008). Hanami: o florescer da vida-enfermeiras no atendimento ao parto domiciliar planejado. In *CONGRESSO SULBRASILEIRO DE ALEITAMENTO MATERNO E BANCOS DE LEITE HUMANO-NASCIMENTO E AMAMENTAÇÃO: DESAFIOS PARA O 3º MILÊNIO, I*.

Kruno, R. B., & Bonilha, A. L. D. L. (2004). Parto no domicílio na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. *Revista gaúcha de enfermagem= Revista gaúcha de enfermería= Nursing journal of Rio Grande do Sul*. Porto Alegre. Vol. 25, n. 3 (dez., 2004), p. 396-407.

Leal, M. D. C., Pereira, A. P. E., Domingues, R. M. S. M., Filha, M. M. T., Dias, M. A. B., Nakamura-Pereira, M., ... & Gama, S. G. N. D. (2014). Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, S17-S32.

Maia, M. B. (2010). Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. *Editora Fiocruz*.

Medeiros, R. M. K., Santos, I. M. M. D., & Silva, L. R. D. (2008). A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. *Escola Anna Nery*, 12(4), 765-772.

Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. D. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 17(4), 758-764.

Milbrath, V. M., Amestoy, S. C., Soares, D. C., & Siqueira, H. C. H. D. (2010). Vivências maternas sobre a assistência recebida no processo de parturição. *Escola Anna Nery*, 14(3), 462-467.

Monticelli, M. (1997). Nascimento: como um rito de passagem: abordagem para o cuidado as mulheres e recém-nascidos. *Robe*.

Moreira, T. M. M., Viana, D. D. S., Queiroz, M. V. O., & Jorge, M. S. B. (2008). Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(2), 312-320.

Nakano, A. M. S., & Mamede, M. V. (1994). O significado do parto na visão de casais grávidos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 47(2), 118-123.

Notas sobre nascimento e parto (1997). Editorial. *Genp*, outubro; 2(4).

de Oliveira, A. S. S., Rodrigues, D. P., Guedes, M. V. C., & Felipe, G. F. (2010). Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 11, 32-41.

Organização Mundial da Saúde (1996). *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra.

Pereira, A. L. D. F., & Moura, M. A. V. (2009). Hegemonia e contra-hegemonia no processo de implantação da Casa de Parto no Rio de Janeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(4), 872-879.

Progianti, J. M., & da Costa Vargens, O. M. (2004). As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 8(2), 194-197.

Resende, J. (2005). *Obstetrícia*. 10ªed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.

Rezende, J. (2011). *Obstetrícia fundamental*. 12th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Sanfelice, C. F. D. O., Abbud, F. D. S. F., Pregnoatto, O. S., Silva, M. G. D., & Shimo, A. K. K. (2014). Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Rev. Rene*, 362-370.

Souza, H. R. (2005). *A arte de nascer em casa: um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo*. Dissertação de Mestrado UFSC.

Souza, Z. N. R., da Rosa, M. C., & Bastiani, J. D. A. N. (2011). Maternidade: percepções de gestantes primíparas usuárias do Serviço Básico de Saúde. *Health Sci Inst*. 29(4):272-5.

Torres, J. A., Santos, I. D., & Vargens, O. M. D. C. (2008). Construindo uma concepção de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sociopoético. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 17(4), 656-664.

Tosi, L. (1998). Mulher e ciência: a revolução científica, a caça às bruxas e a ciência moderna. *cadernos pagu*, (10), 369-397.

**Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Maiza Leal Medeiros – 30%

Tamyles Morais dos Santos – 30%

Maguida Patrícia Lacerda Cordeiro Oliveira – 10%

Antonio Werbert Silva da Costa – 10%

Eimar Neri de Oliveira – 7%

Maria Albertina Ribeiro Silva – 7%

Rosivalda Ferreira de Oliveira – 6%