



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

w w w . e s e n f c . p t

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

**Parto Domiciliar Planeado em Portugal: assistência e desafios na
prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna
e Obstétrica**

Caroline Silveira Viana

Coimbra, abril de 2024



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

w w w . e s e n f c . p t

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Parto Domiciliar Planeado em Portugal: assistência e desafios na prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Caroline Silveira Viana

Orientadora: Professora Doutora Rosa Maria dos Santos Moreira

Coorientadora: Professora Doutora Ana Maria Poço dos Santos

Relatório final de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Coimbra, abril de 2024

“A obstetrícia é um ato de equilíbrio entre arte,
ciência e cuidado.” Marie Batley

AGRADECIMENTOS

Não existem metáforas mais adequadas para descrever a elaboração deste trabalho do que a gravidez, a gestação e, enfim, o parto. Essa analogia consegue expressar de forma apropriada os desafios e sentimentos vivenciados ao longo desse percurso, permitindo a realização do propósito almejado. Durante essa jornada, diversas pessoas contribuíram e me incentivaram, e por isso, expresso minha profunda gratidão a todas elas.

Em especial ao meu marido, que foi o principal incentivador a embarcar nessa experiência e realizar o meu mestrado. Obrigada por ser um apoio constante nos momentos em que pensei em desistir.

As minhas orientadoras, Professora Rosa Moreira e Professora Ana Poço, agradeço por serem incentivadoras não apenas para mim, mas também para tantos outros alunos, na busca pela excelência na profissão, com respeito, empenho e base científica.

Aos meus amigos e familiares que permaneceram no Brasil e, mesmo assim, estiveram presentes, ouvindo e celebrando comigo a conclusão de cada etapa, expresso minha sincera gratidão.

Aos amigos que fiz aqui em Portugal e que se tornaram como uma família, vocês fizeram este momento menos solitário.

Às professoras tutoras nos diferentes contextos de estágios, gostaria de expressar meu sincero agradecimento pela acolhida e por compartilharem as suas valiosas experiências comigo.

Às minhas colegas e professoras do MESMO, gostaria de expressar meu agradecimento por tê-las conhecido e por toda a partilha que tivemos durante as aulas. Estou verdadeiramente grata por fazer parte deste grupo inspirador.

E, por último, mas não menos importante, gostaria de expressar minha gratidão às EEESMO/parteiras que participaram do meu estudo. Conhecer as suas experiências foi de grande valor, e elas têm sido uma verdadeira inspiração em minha vida. Agradeço por compartilharem e contribuírem para o enriquecimento do meu trabalho. A sua dedicação e expertise são admiráveis, e estou honrada por tê-las envolvidas no meu estudo.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APEO - Associação Portuguesa dos Enfermeiros e Obstetras

APDMGP - Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto

BP - Bloco de Partos

CIRMA - Centro de Infertilidade e Reprodução Medicamente Assistida

CMESMO - Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CPP - Curso de Preparação para o Parto

CTG – Cardiotocografia

DGS - Direção-Geral da Saúde

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Infarmed - Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento

IVG - Interrupção Voluntária da Gravidez

MCEESMO - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MMF - Medicina Materno-Fetal

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PDD - Parto Domiciliar Desassistido

PDP - Parto Domiciliar Planeado

PDNP - Parto Domiciliar Não Planeado

PHB - Planned Home Birth

RN – Recém-Nascido

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TP - Trabalho de Parto

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

RESUMO

No âmbito da unidade curricular "Estágio com Relatório," integrada no XCurso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, foi elaborado um relatório final que engloba uma descrição e reflexão acerca da componente de estágio, bem como uma abordagem à componente de investigação. No que concerne à vertente investigativa, o estudo teve como tema o "Parto Domiciliário Planeado em Portugal: Assistência e Desafios na Prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica."

Este relatório tem como objetivos, apresentar a reflexão sobre as competências comuns e específicas do EEESMO desenvolvidas ao longo dos contextos clínicos do estágio. E ainda, descrever a investigação realizada sobre Parto Domiciliar Planeado, com os objetivos de: conhecer a prática profissional dos EEESMO em contexto de PDP; identificar as motivações dos EEESMO perante a opção de exercerem em contexto de PDP e descreveros desafios e obstáculos que os EEESMO enfrentaram na sua prática profissional em contextode PDP.

O estudo realizado foi exploratório, descritivo e com abordagem qualitativa. Participaram oito (8) profissionais com cédula profissional EEESMO emPortugal, que atuam há pelo menos um ano em contexto de PDP. Os dados foram recolhidos por meio de entrevistas semiestruturadas, e a análise foi conduzida seguindo a metodologia de análise de conteúdo proposta por Minayo (2007). Os resultados revelaram a complexidade do trabalho desenvolvido no contexto do PDP, sobretudo na acessibilidade da mulher/casal a esta assistência, às medidas de segurança, material clínico para assistência ao parto, emergências e transferência para o hospital, bem como os contributos da entidade reguladora da profissão (Ordem dos Enfermeiros) para a prática profissional nesse contexto. Além disso, sobressaíram as motivações iniciais das participantes pela opção de o PDP permitir um modelo de assistência diferente do hospitalar, assim como os múltiplos desafios e obstáculos enfrentados quer no âmbito da formação, social, profissional ou pessoal.

Palavras-chave: Saúde Materna; Enfermagem Obstétrica; Parto Domiciliar Planeado.

ABSTRACT

Within the scope of the curricular unit “Internship with report”, integrated into the X Master’s Course in Maternal and Obstetric Health Nursing, a final report was prepared that encompasses a description and reflection on the internship component, as well as an approach to the research component. Regarding the investigative aspect, the study’s theme was “Planned Home Birth in Portugal: Assistance and Challenges in the Practice of Specialist Nurses in Maternal Health and Obstetric Nursing.”

This report aims to present the reflection on the common and specific competencies of the Nurse Specialist in Maternal and Obstetric Health Nursing developed throughout the clinical contexts of the internship. Additionally, it describes the research conducted on Planned Home Birth, with the objectives of: understand the professional practice of Midwife in the PHB context; identify the motivations of the EEESMO when faced with the option of working in a PHB context and describe the challenges and obstacles that the EEESMO faced in their professional practice in the PHB context.

The study conducted was exploratory, descriptive and had a qualitative approach. Eight (8) professionals with a Midwife professional license in Portugal participated in the research, who have worked in a PHB context for over one year. Data was collected through semi-structured interviews, and the analysis was conducted following the content analysis methodology proposed by Minayo (2007). The results revealed the complexity of the work developed in the context of PHB, particularly regarding the accessibility of women/couples to this assistance, safety measures, clinical material for birth assistance, emergencies, and transfer to the hospital, as well as the contributions of the profession’s regulatory body (Order of Nurses) to professional practice in this context. Furthermore, the initial motivations of the participants for the option of Planned Home Birth stood out, as it allows for a different care model from the hospital setting, as well as the multiple challenges and obstacles faced in terms of training, social, professional, or personal aspects.

Keywords: Maternal Health; Obstetric Nursing; Planned Home Birth

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização das participantes	55
Tabela 2 - Prática profissional em contexto do PDP	66
Tabela 3 – Apresentação global das categorias e subcategorias emergentes relativas às motivações para exercer em contexto do PDP.....	69
Tabela 4 – Apresentação global das categorias e subcategorias emergentes relativas aos desafios e obstáculos enfrentados na prática profissional em contexto de PDP.....	74

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	26
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	29
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DO ESTÁGIO	30
1.1. CUIDADOS NA COMUNIDADE	30
1.2. CUIDADOS NA MATERNIDADE	31
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	33
2.1. CUIDA À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE NO ÂMBITO DO PLANEAMENTO FAMILIAR E DURANTE O PERÍODO PRÉ- CONCECIONAL	34
2.2. CUIDA À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PRÉ-NATAL	34
2.3. CUIDA À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O TRABALHO DE PARTO	35
2.4. CUIDA À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PÓS-NATAL	36
2.5. CUIDA À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO DO CLIMATÉRIO	37
2.6. CUIDA À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE A VIVENCIAR PROCESSOS DE SAÚDE/DOENÇA GINECOLÓGICA	37
2.7. CUIDA O GRUPO-ALVO (MULHERES EM IDADE FÉRTIL) INSERIDO NA COMUNIDADE	38
3. ANÁLISE REFLEXIVA	39
PARTE II – COMPONENTE INVESTIGATIVA - Parto Domiciliar Planeado em Portugal: assistência e desafios na prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	43
4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	44
4.1. CONTEXTOS HISTÓRICOS DO PARTO, PARTEIRAS E ENFERMEIRAS	44
4.2. ASSISTÊNCIA AO PARTO EM PORTUGAL NA ATUALIDADE	46
4.3. PARTO DOMICILIAR PLANEADO	49
5. METODOLOGIA	53
5.1. OBJETIVOS	53
5.2. TIPO DE ESTUDO	53
5.3. PARTICIPANTES	54
5.4. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS	55
5.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS	56
5.6. ANÁLISE DOS DADOS	57
6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	58
6.1. PRÁTICA PROFISSIONAL EM CONTEXTO DE PDP	58
6.2. MOTIVAÇÕES PARA EXERCER EM CONTEXTO DE PDP	67

6.3. DESAFIOS E OBSTÁCULOS ENFRENTADOS NA PRÁTICA PROFISSIONAL EM CONTEXTO DE PDP	69
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	75
SÍNTESE CONCLUSIVA	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS.....	100
ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética da UICISA: E da ESEnfC	100
ANEXO II – Recomendações APEO materiais clínicos básicos no PDP	101
APÊNDICES	103
APÊNDICE I – Guião de Entrevista	103
APÊNDICE II – Informação sobre o estudo / Termo de Consentimento	104

INTRODUÇÃO

O presente relatório final de estágio é elaborado no contexto da unidade curricular de Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, que faz parte do X Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), com o objetivo de obter o grau de mestre.

Os objetivos deste relatório incluem uma reflexão crítica das atividades desenvolvidas no âmbito dos contextos clínicos do estágio, com foco no desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESMO. Além disso, descreve a investigação realizada, demonstrando a aquisição, desenvolvimento e aplicação das competências de pesquisa e investigação fundamentais à prática profissional.

O presente relatório encontra-se dividido em duas partes distintas. A primeira parte explora a componente de estágio, tendo como objetivo a caracterização dos contextos de estágio, a descrição das atividades desenvolvidas e uma análise reflexiva. E a segunda parte onde é abordada a componente investigativa.

A componente de estágio surge como uma importante ferramenta no desenvolvimento de competências como EEESMO, visto que, proporciona uma oportunidade prática para aplicar e aprimorar os conhecimentos teóricos adquiridos durante a formação académica. Além disso, permite a vivência em diferentes contextos profissionais, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades específicas e para a adaptação a desafios reais da prática profissional, como os relacionados à saúde sexual e reprodutiva.

Os estágios foram realizados em diferentes contextos. O primeiro bloco de estágios ocorreu no contexto da prestação de cuidados na comunidade, compreendendo a Unidade de Cuidados de Saúde à Mulher e Consultas Externas, com a duração de 12 semanas, abrangendo o período entre dezembro de 2021 e março de 2022. O segundo bloco de estágios ocorreu em contexto da prestação de cuidados na maternidade, abrangendo os setores de Medicina Materno-Fetal (MMF), Puerpério e Bloco de Partos (BP), com a duração de 23 semanas no período entre abril e julho de 2022.

Na componente investigativa, foi conduzida uma investigação com o objetivo de conhecer a prática profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), que exercem em contexto de Parto Domiciliar Planeado (PDP) em Portugal, bem como identificar as motivações, os obstáculos e os desafios enfrentados na sua prática profissional. A realização deste estudo, surgiu de uma lacuna na literatura académica sobre o PDP, identificada durante o curso de mestrado.

Desta forma, a pesquisa teve como propósito principal fomentar o diálogo na comunidade académica, contribuindo para a autonomia profissional dos EEESMO e para a melhoria dos

cuidados prestados às mulheres e suas famílias no contexto do PDP. Além disso, buscou-se reforçar o direito fundamental da mulher, em receber uma assistência segura durante o parto, respeitando a escolha da mulher quanto ao local onde ocorrerá esse evento tão importante em sua vida.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DO ESTÁGIO

O estágio foi desenvolvido em múltiplos contextos de prática clínica, abrangendo desde o período pré-concepcional até à vigilância da gravidez, internamento de grávidas com patologia associada, acompanhamento do trabalho de parto e parto, puerpério e ginecologia. O objetivo foi proporcionar cuidados de qualidade à mulher, dentro do contexto familiar e comunitário, ao longo de todo o ciclo reprodutivo, bem como no tratamento de patologias ginecológicas. Assim, resume-se de forma breve os diferentes locais onde o estágio decorreu.

1.1. CUIDADOS NA COMUNIDADE

O estágio na comunidade teve a duração de 12 semanas, entre dezembro de 2021 e março de 2022, sendo desenvolvido na Unidade de Cuidados de Saúde à Mulher de uma unidade de saúde privada e nas Consultas Externas de um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado.

- **Unidade de Cuidados de Saúde à Mulher**

Esta entidade é uma instituição de natureza privada, dedicada à prestação de serviços de saúde, operando por meio de hospitais e clínicas. A sua missão consiste em fomentar a oferta de serviços de saúde com padrões elevados de qualidade e conhecimento, pautando-se pelo respeito à vida e ao ambiente. Este propósito é concretizado através do desenvolvimento do capital intelectual das organizações, numa busca ininterrupta pela excelência.

A unidade de cuidados de saúde à mulher é composta por uma equipa multidisciplinar, que engloba médicos, enfermeiros e auxiliares de ação médica. Esta unidade proporciona um acompanhamento clínico integrado à mulher, abrangendo desde a adolescência até à menopausa.

O espaço físico conta com três consultórios médicos e um consultório de enfermagem, todos equipados com os recursos necessários para a sua atividade. Neles são realizadas consultas de saúde materna, exames de colpocitologia, colocação de dispositivos intrauterinos, entre outros procedimentos específicos.

No âmbito da saúde materna e obstetrícia, a unidade também presta todo o acompanhamento da gestação e pós-parto, oferecendo um Curso de Preparação para o Parto (CPP) que visa preparar o casal para a gravidez, parto e puerpério, promovendo também o aleitamento materno. O CPP destina-se a grávidas a partir das 28 semanas de gestação e aos seus companheiros.

O CPP é uma atividade importante para orientar os casais sobre os cuidados durante a gravidez e no pós-parto, bem como prepará-los para o momento do parto. Requer muita habilidade e sensibilidade por parte do profissional que o conduz, e pode proporcionar

momentos de aprendizagem e troca de experiências muito valiosos. No contexto do estágio, esta atividade pode ser uma excelente oportunidade para consolidar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso e desenvolver habilidades essenciais para a prática profissional.

- **Consultas Externas**

Este serviço de Consultas Externas de um Hospital de Apoio Perinatal Altamente Diferenciado, que é uma instituição pública do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o qual oferece cuidados de saúde diferenciados à mulher /casal durante a gravidez, parto e pós-parto, em situação de baixo, médio e alto risco. Para além de consultas partilhadas com os cuidados de saúde primários, na vigilância da gravidez de baixo risco, presta assistência nas situações de médio e alto risco, abrangendo as áreas de endocrinologia, doenças infecciosas e nefrologia; patologia hipertensiva, entre outras. Também oferece aconselhamento reprodutivo e consultas para Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), bem como planeamento familiar, Diagnóstico Pré-Natal e preconceção, assim como puericultura.

A equipa multidisciplinar é composta maioritariamente por EEESMO, médicos obstetras, pediatras, psiquiatras, endocrinologistas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e assistentes operacionais.

1.2. CUIDADOS NA MATERNIDADE

O estágio na maternidade decorreu num Hospital de Apoio Perinatal Altamente Diferenciado, reconhecido pela Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) como um Hospital Amigo dos Bebés desde 2005. Esta certificação visa incentivar as melhores práticas para a promoção do aleitamento materno em hospitais e maternidades e é concedida após auditoria da UNICEF.

O estágio foi desenvolvido nos serviços de Medicina Materno-Fetal (MMF), Puerpério e Bloco de Partos, durante o período de abril a julho de 2022, abrangendo um total de 23 semanas.

- **Medicina Materno Fetal**

O serviço de MMF é composto por uma equipa multidisciplinar de médicos obstetras e ginecologistas, médicos internos com formação específica, EEESMO, assistentes operacionais, contando com o apoio de dietista, assistentes sociais ou psicólogas.

Esta unidade de internamento, presta assistência a grávidas com patologia pré-existente ou induzida pela gravidez, assim como a parturientes para indução do trabalho de parto e durante a primeira fase do trabalho de parto. Ainda presta cuidados pré-operatórios à grávida com indicação de cesariana eletiva, assim como situações de interrupção médica ou voluntária da

gravidez.

Este serviço de internamento também presta assistência a mulheres com patologia ginecológica, e ainda mulheres que são acompanhadas no Centro de Infertilidade e Reprodução Medicamente Assistida, que necessitam de internamento para realização de métodos de diagnóstico ou tratamentos invasivos.

- **Bloco de Partos**

A equipa multidisciplinar do Bloco de Partos é constituída por médicos obstetras, anestesistas e pediatras, enfermeiros de cuidados gerais, EEESMO e auxiliares de ação médica.

A estrutura física deste serviço inclui quatro quartos destinados à parturiente e acompanhante significativo, apetrechados com os equipamentos e materiais necessários para prestar assistência durante o trabalho de parto e parto. Também inclui um bloco operatório e uma sala para prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido.

Neste serviço, a grávida pode ser encaminhada do serviço de urgência ou do serviço MMF, seguindo protocolos da instituição. As parturientes são admitidas no BP quando se encontram em fase ativa do trabalho de parto (TP), por necessidade de vigilância rigorosa materno-fetal ou analgesia do TP.

A maternidade possui também uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), para onde os recém-nascidos são transferidos caso necessário. Após o parto, as mães são encaminhadas para o serviço de internamento de pós-parto.

- **Puerpério**

O puerpério abrange cuidados no âmbito da assistência à mulher no período pós-natal, incluindo o processo de transição e adaptação à parentalidade, bem como na assistência ao recém-nascido durante a sua adaptação à vida extrauterina. Atendendo à situação excecional de pandemia, este serviço está organizado em dois pisos, sendo que o primeiro dispõe de 18 camas para puérperas e recém-nascidos em alojamento conjunto, e o segundo destina-se a puérperas positivas para Covid-19 e/ou grávidas a aguardar resultado de teste.

A equipa desta unidade de internamento é multidisciplinar, constituída por enfermeiros generalistas, EEESMO, médicos obstetras e pediatras, apoio de psicólogas e assistentes sociais, assistentes operacionais.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Neste capítulo, proponho-me a descrever as atividades e experiências que desenvolvi para adquirir as competências comuns e específicas do EEESMO.

As competências comuns do Enfermeiro Especialista estão definidas no Regulamento 140/2019, datado de 6 de fevereiro. Estas competências abrangem quatro domínios de intervenção: o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o domínio da melhoria contínua da qualidade, o domínio da gestão dos cuidados e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Durante o período de estágio, desenvolvi a minha prestação de cuidados, seguindo as orientações do Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros e respeitando o enquadramento legal descrito no Diário da República - 2ª série, Nº 122, de 27 de junho de 2017. Desta forma, assegurei o respeito pela dignidade humana, a preservação da privacidade e intimidade da utente e do acompanhante, a confidencialidade da informação, bem como o respeito pelas preferências e autonomia.

Da mesma forma, no início de cada local de estágio, a minha prioridade consistia em compreender a filosofia e os protocolos específicos de cada unidade de cuidados, com o intuito de desempenhar um papel colaborativo e dinâmico, focando-me na melhoria constante da qualidade dos cuidados prestados às mulheres e famílias. Além disso, mantive um compromisso contínuo com o aperfeiçoamento das melhores práticas, sempre com base na evidência científica mais atual, e respeitando a singularidade do grupo-alvo.

No âmbito do domínio da gestão de cuidados, procurei identificar os diversos papéis e funções desempenhados por todos os membros da equipa, bem como a sua integração no espaço físico dos diversos contextos de estágio, com o propósito de reconhecer os recursos materiais e humanos disponíveis nos referidos contextos. Esta abordagem permitiu a integração de estratégias de melhoria e a capacidade de resposta a situações de cuidados mais sensíveis, assegurando simultaneamente os recursos essenciais para a prática segura e de elevada qualidade.

No que concerne ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, busquei informações e mantive-me atualizada acerca dos documentos mais recentes e das normas estabelecidas pela Direção-Geral da Saúde (DGS), bem como pelos documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS). Ao longo do estágio, demonstrei disponibilidade para novas oportunidades, tanto na aquisição de conhecimento como no desenvolvimento de competências ao enfrentar situações clínicas. Adicionalmente, procurei partilhar as minhas experiências e conhecimentos, advindos da minha experiência profissional anterior, relacionados com a

saúde materna e obstétrica.

Com o objetivo de apresentar as atividades desenvolvidas durante os contextos de estágio de forma precisa, estas serão apresentadas de acordo com as competências específicas do EEESMO.

2.1. CUIDA À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE NO ÂMBITO DO PLANEAMENTO FAMILIAR E DURANTE O PERÍODO PRÉ- CONCECIONAL

Durante o estágio em cuidados na comunidade, tive a oportunidade de realizar um total de sete consultas de planeamento familiar. Desenvolveu-se as competências específicas relacionadas com a prestação de cuidados de saúde reprodutiva e planeamento familiar.

Nesse sentido tive a oportunidade de realizar uma avaliação abrangente da saúde sexual e reprodutiva da utente, incluindo a história clínica detalhada, a avaliação do ciclo menstrual e a identificação de factores de risco. Assim como, fornecer orientação e esclarecimentos às utentes em relação aos métodos contraceptivos, bem como participar na colocação ou remoção de dispositivos intrauterinos e implantes contraceptivos. A experiência adquirida nestas consultas levou-me a refletir sobre a importância de estabelecer uma relação de confiança com a utente, a fim de garantir uma continuidade adequada dos cuidados.

Neste contexto de estágio, não houve oportunidade de participar em consulta pré-concecional, por não existir agendamentos da mesma. Este facto, permitiu-me refletir sobre alguma falta de conscientização sobre a importância desta consulta antecipatória à gravidez, podendo estar associado o desconhecimento da população sobre os benefícios da mesma, assim como a falta de incentivo por parte dos profissionais de saúde, entre outros motivos.

A consulta pré-concecional é fundamental para garantir que a mulher ou o casal estejam bem preparados para uma gravidez saudável, identificando potenciais riscos ou problemas de saúde que possam afetar a conceção ou a gestação. A ausência dessa consulta pode resultar em falta de informação sobre cuidados prévios à gravidez, perda da oportunidade de identificar e tratar problemas de saúde pré-existentes e a falta de aconselhamento sobre como otimizar a saúde antes de conceber.

2.2. CUIDA À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PRÉ-NATAL

Durante a consulta de pré-natal, desenvolvem-se competências específicas relacionadas com a prestação de cuidados de saúde à mulher grávida. Estas competências incluem a capacidade de realizar uma avaliação abrangente do estado de saúde da grávida, incluindo a

história clínica detalhada, exames físicos pertinentes e avaliação do desenvolvimento do feto. Assim como, a capacidade de proporcionar aconselhamento à grávida/casal sobre cuidados de saúde, nutrição, exercício físico e preparação para o parto.

Nesse sentido, no estágio em questão, foram efetuadas 127 consultas de vigilância da gravidez, das quais 19 foram consultas de risco, envolvendo patologias múltiplas, tais como diabetes gestacional, doenças hipertensivas, infecções, entre outras. Através dessas consultas, foi possível acompanhar grávidas em diferentes trimestres, permitindo adequar as intervenções de acordo com a idade gestacional e/ou patologia associada. Para além de intervenções de promoção da saúde, foram realizados exames pré-natais, incluindo avaliação do bem-estar materno-fetal, auscultação cardíaca fetal, Cardiotocografias (CTG).

Foi ainda possível colaborar em sessões de preparação para o parto e nascimento, com a participação de 10 casais com mais de 28 semanas de gestação, de diferentes faixas etárias, nacionalidades e estilos de vida, possibilitando a partilha de experiências. Na primeira parte das sessões, era apresentada uma introdução teórica, abordando diversos temas, tais como os desconfortos da gravidez, hábitos de vida saudáveis, fases do trabalho de parto, amamentação, cuidados com o recém-nascido, segurança e transporte do recém-nascido (RN) e puerpério. Na segunda parte, eram realizados exercícios de respiração, exercícios com a bola de pilates, técnicas de massagem para alívio dos desconfortos na gravidez e no trabalho de parto, envolvendo o pai em todo esse processo.

2.3. CUIDA À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Neste serviço, a grávida pode ser encaminhada do serviço de urgência ou do serviço MMF, seguindo protocolos da instituição. As parturientes são admitidas no BP quando se encontram em fase ativa do trabalho de parto (TP), por necessidade de vigilância rigorosa materno-fetal ou analgesia do TP.

Na assistência à grávida em trabalho de parto, desenvolveram-se competências específicas relacionadas com a assistência à mulher no processo de parto e nascimento. Estas competências incluem a capacidade de trabalhar em equipa com outros profissionais de saúde, monitorizar o trabalho de parto, avaliar o seu progresso e identificar sinais de complicações que possam surgir, para garantir uma assistência segura e eficaz à mulher e ao recém-nascido. Além disso, é fundamental a capacidade de prestar cuidados de conforto à mulher, utilizando técnicas de alívio da dor não farmacológicas.

Após o nascimento, é importante estar preparado para prestar os cuidados iniciais ao recém-nascido, incluindo a avaliação do estado de saúde, a promoção do contacto pele-a-pele e a

assistência à amamentação, se aplicável.

Dessa forma, foi possível desenvolver a vigilância e prestação de cuidados a 122 parturientes de baixo risco e 13 parturientes de risco, bem como realizei avaliação do bem-estar materno/fetal, intervenções de prevenção e controlo da dor, através de métodos não farmacológicos e farmacológicos.

A realização do parto eutócico constituiu-se um dos propósitos deste estágio, tendo de guiar a minha prática de cuidados de acordo com as recomendações da OMS. Neste sentido, realizei 37 partos eutócicos, colaborei em 19 partos, 1 episiotomia e posterior episiorrafia, 26 suturas para correção de lacerações espontâneas, destas 17 lacerações de 1º grau e 9 lacerações de 2º grau, ainda assisti a um parto de gemelares prematuros, pelo que houve necessidade de serem transferidos para a UCIN.

Relativamente à realização de partos de apresentação pélvica, não foi possível em contexto de estágio, pelo que teve de ser realizada em contexto de aulas práticas, por simulação em laboratório.

2.4. CUIDA À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PÓS-NATAL

Na consulta pós-natal, desenvolveram-se as competências específicas relacionadas com a prestação de cuidados de saúde à mulher após o parto. Estas competências incluem a capacidade de realizar uma avaliação abrangente do estado de saúde da mulher no pós-parto, incluindo a recuperação física, emocional e psicológica, assim como, proporcionar aconselhamento à mulher sobre cuidados pós-parto, incluindo a amamentação, os cuidados com o recém-nascido, a contraceção e a saúde mental.

Nesse sentido, foi possível acompanhar um total de 111 puérperas, com intervenções e focos de atenção diferentes de acordo com o período de pós-parto, podendo ser imediato ou período de pós-parto após alta da maternidade.

No período pós-parto imediato, o foco de atenção foi na promoção da saúde e bem-estar da puérpera e do recém-nascido. Nesse sentido, sempre que possível, foi providenciado o contato pele-a-pele entre a mãe e o bebé, a amamentação na primeira hora de vida e encorajada a participação do pai durante esse processo, facilitando o momento de vinculação da tríade.

Durante o estágio, foram desenvolvidos exames físicos às puérperas, auxiliando na adaptação pós-parto e a colaborar com os pais nas competências parentais. Foram orientados o primeiro banho do recém-nascido, os cuidados de segurança e conforto do bebé. Foram

prestados cuidados a 100 recém-nascidos, sendo que seis apresentaram problemas de saúde e três precisaram de cuidados especiais. Além disso, foi possível assistir a um parto de gêmeos prematuros, e houve necessidade de encaminhamento para a UCIN.

Durante o estágio na comunidade, nas consultas do puerpério, o foco central era o bem-estar físico, psíquico e emocional da puérpera, e como estava a decorrer a transição para a parentalidade na dinâmica familiar, com atenção ao bem-estar do recém-nascido.

2.5. CUIDA À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO DO CLIMATÉRIO

Na consulta ginecológica de climatério, desenvolveram-se competências específicas relacionadas com a saúde da mulher durante a transição para a menopausa. Estas competências incluem a capacidade de avaliar e gerir os sintomas associados ao climatério, como afrontamentos, alterações de humor e problemas de sono. Além disso, foram adquiridas habilidades de aconselhamento sobre terapêuticas hormonais e não hormonais para o alívio dos sintomas do climatério, bem como sobre a importância da adoção de um estilo de vida saudável, incluindo a prática de exercício físico regular e uma alimentação equilibrada.

Nesse sentido, foi possível prestar assistência às mulheres durante o período do climatério, tendo sido realizadas três consultas. Estas consultas permitiram estruturar estratégias para atenuar os sintomas causados pelo climatério, bem como sensibilizar as mulheres sobre a importância da realização dos rastreios e citologias.

2.6. CUIDA À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE A VIVENCIAR PROCESSOS DE SAÚDE/DOENÇA GINECOLÓGICA

No desenvolvimento do estágio, foi possível adquirir competências específicas relacionadas com a capacidade de realizar exames ginecológicos adequados à idade da mulher, como a colpocitologia, para o rastreio de doenças ginecológicas.

Para alcançar esta competência durante o estágio na comunidade, foi possível colaborar na realização de citologias. No total, foram realizadas 39 consultas de rastreio de cancro da mama e do colo do útero.

Esta experiência proporcionou um momento de comunicação empática e sensível para lidar com questões delicadas relacionadas com a saúde íntima da mulher, garantindo um ambiente acolhedor e de confiança para a utente.

2.7. CUIDA O GRUPO-ALVO (MULHERES EM IDADE FÉRTIL) INSERIDO NA COMUNIDADE

Durante o estágio na comunidade, tive a oportunidade de participar em consultas de IVG, o que me permitiu desenvolver estratégias para promover uma decisão esclarecida. Durante estas consultas, foi prestada informação e orientação às mulheres sobre a contraceção no período pós-aborto, além de implementar e avaliar intervenções para potenciar a saúde da mulher durante e após a IVG.

Esta experiência também permitiu desenvolver competências de trabalho em equipa, colaborando com outros profissionais de saúde e organizações para garantir um cuidado integrado e de qualidade à mulher que opta pela interrupção voluntária da gravidez.

3. ANÁLISE REFLEXIVA

O desenvolvimento do estágio representou um momento de grande expectativa, tendo em vista o meu interesse em conhecer uma realidade diferente daquela a que estava habituada no Brasil. De maneira geral, considero que essa experiência foi bastante positiva, uma vez que me permitiu conhecer diversos serviços, observar a prática de outros colegas e compartilhar experiências.

Para além do aspeto profissional, o contexto de estágio permite-nos conviver com pessoas de diferentes conceções e, no meu caso, de diferentes nacionalidades, o que contribuiu para momentos de altos e baixos. Durante este percurso, algumas pessoas contribuíram para o desenvolvimento das minhas competências, enquanto eu tentei contribuir com a minha vivência de alguma forma. Por conseguinte, a gestão dos sentimentos, a prática da resiliência e da humildade mostraram-se como aspetos necessários para ultrapassar esta fase.

Durante o contexto de estágio, procurei desenvolver a minha prática de acordo com as evidências científicas, no entanto, nem sempre foi possível, dado que neste processo alguns profissionais nem sempre partilhavam das mesmas ideias, ou pela limitação imposta pelos protocolos das instituições.

De modo geral, tive a oportunidade de vivenciar experiências de grande valor profissional durante o estágio, como por exemplo, o curso de preparação para o parto na comunidade. Foi uma vivência extremamente enriquecedora, não apenas pela prática desenvolvida, mas também pela partilha de conhecimentos que foi possível desenvolver junto da tutora e dos casais.

Tive, ainda, a oportunidade de participar de uma consulta de IVG, algo que não é uma realidade no Brasil e, por isso, gerava-me grande curiosidade. Acompanhar as diversas etapas desta consulta e observar a prática do EEESMO foi uma experiência extremamente enriquecedora.

Apesar de sentir ansiedade em relação a cada contexto de estágio, em virtude da necessidade de conhecer novos lugares e pessoas, a minha maior apreensão e algum receio foram reservados para o estágio no BP. Isso porque, em primeiro lugar, era uma área em que já havia trabalhado no Brasil, por um período superior a cinco anos. Em segundo lugar, por se tratar do estágio com a duração mais longa, e desconhecia ainda quem seria a minha tutora o que contribuiu também para aumentar a tensão e a preocupação.

No entanto, considero que tive alguma sorte, pois fui acompanhada por duas EEESMO que partilhavam das mesmas perspetivas que eu, ou seja, eram profissionais que tinham em conta as evidências científicas e a humanização do cuidado na sua prática. Apesar disso, o estágio nesse contexto foi-me muito difícil inicialmente, e devo confessar que por vezes tive uma forte

vontade de desistir perante uma realidade muito diferente daquela com a qual estava habituada na minha prática profissional anterior. Logo de início fiquei entusiasmada com as minhas tutoras, e tinha a intenção de partilhar a minha experiência com os métodos não farmacológicos para alívio da dor, com o parto verticalizado e a utilização do rebozo. No entanto, nos primeiros turnos, percebi que os protocolos institucionais e uma certa hierarquia tornariam muito difícil pôr em prática aquilo que pretendia. Gradualmente, algumas situações conflituosas surgiram com alguns profissionais da equipa médica, o que causou algum medo e insegurança. Nessa altura, as tutoras foram um suporte essencial, guiando-me a tentar pôr em prática de maneira mais subtil e a adaptar-me às rotinas já instituídas, de modo a evitar situações constrangedoras.

De acordo com o protocolo do serviço, as parturientes apenas eram admitidas no BP quando estavam numa fase avançada do trabalho de parto, seja por necessidade de uma vigilância materno-fetal rigorosa ou para administração de analgesia.

Uma das questões que se revelou particularmente difícil de ultrapassar foi a restrição à verticalização das parturientes, decorrente do limitado número de salas disponíveis no BP. Nesse contexto, dava-se prioridade à admissão das mulheres que necessitavam de analgesia ou de uma vigilância materno-fetal rigorosa, ambas as situações requerendo a realização de CTG contínua, o que impossibilitava a mobilidade. Por sua vez, as mulheres que optavam por não receber analgesia permaneciam no internamento, aguardando a evolução do trabalho de parto, mas sem poderem ter a presença de um acompanhante. Tornava-se assim evidente que muitas parturientes acabavam por preferir receber a analgesia, a fim de poderem ter a companhia dos seus familiares durante o parto.

Durante o processo de acolhimento da parturiente e do seu acompanhante, busquei demonstrar empatia e respeito, compreendendo as mensagens transmitidas pela mulher e sua família. Conforme os temas abordados, procurei desmistificar medos e receios, além de apresentar medidas promotoras do conforto e bem-estar. Em situações que exigiam a realização de alguma técnica ou avaliação, preocupei-me em manter a parturiente e sua família informados e obter o consentimento para a execução dos procedimentos necessários.

Do mesmo modo que a medida do possível e conforme o desejo da mulher, foram evitados procedimentos rotineiros, tais como a episiotomia, a rotura artificial das membranas e exames de toque repetitivos. Além disso, encorajei a participação do convivente significativo, explicando-lhe as medidas de conforto que poderia proporcionar, como facilitar a ingestão de líquidos e promover massagens para alívio do desconforto, além do suporte emocional necessário.

Quando possível, procedi à implementação de estratégias não farmacológicas para alívio da

dor, como por exemplo, a utilização de música, exercícios de relaxamento baseados na respiração, massagem e aplicação de calor na região lombar. Quando a mulher demonstrava estar confortável com a técnica, realizei a aplicação de técnicas de rebozo, assim como exercícios de mobilidade e flexibilidade para facilitar a descida do bebê na pélvis.

Durante o período de expulsão, as parturientes que tive o privilégio de acompanhar foram encorajadas a estar atentas aos sinais do seu corpo à medida que ocorria a descida da apresentação fetal. Além disso, estimulávamos a experimentar diferentes posições, tais como o decúbito lateral e semissentada, para favorecer a rotação do bebê e proporcionar maior conforto à mulher nessa fase. Embora tenha tido a oportunidade de incentivar a adoção de posições não supinas para a realização dos esforços expulsivos, todos os partos foram realizados na posição de litotomia modificada, seguindo a rotina institucional.

Adicionalmente, em colaboração com as tutoras da EEESMO, sempre que possível, promovíamos uma descida gradual da apresentação durante o período expulsivo. Além disso, procurávamos evitar tocar o períneo de forma constante, a fim de permitir a adaptação dos tecidos e prevenir lacerações extensas. Quando apropriado, protegíamos o períneo através da aplicação de compressas humedecidas em água morna.

Habitualmente, foi permitida a promoção do contato pele-a-pele entre a mãe e o recém-nascido, simultaneamente aquecendo e estimulando o bebê. Além disso, foi possível colaborar no estímulo à amamentação na primeira hora de vida, assim que o recém-nascido demonstrasse sinais de prontidão.

De maneira geral, considero ter me dedicado imensamente e fiquei com a sensação de que qualquer mudança, por menor que seja, em um sistema enraizado é trabalhoso e prolongado. Embora tenha percebido que há excelentes profissionais EEESMO interessados em melhorar a assistência e em trabalhar de acordo com as evidências, sinto que ainda existe uma parte de profissionais que não está interessada em mudar essa realidade e ainda persiste em praticar técnicas comprovadamente prejudiciais à saúde das mulheres e bebês, como é o caso da Manobra de Kristeller, que presenciei em alguns partos assistidos por médicos. Este procedimento não é recomendado pela OMS e consiste na pressão manual do fundo uterino com o objetivo de acelerar o nascimento do bebê, com a justificativa de "ajudar" à mulher durante o período expulsivo do parto.

Devido a estas e outras razões, no final deste percurso foi possível confirmar um sentimento que já me acompanhava há algum tempo e que tive a oportunidade de partilhar com as minhas tutoras. O modelo de assistência atualmente adotado pelas instituições já não me parece ideal para promover um parto que priorize a fisiologia e assegure a segurança da mulher. Além disso, trabalhar numa instituição pode, por vezes, levar-nos a praticar uma assistência sem

base científica e excessivamente intervencionista.

Por isso, despertou o meu interesse pesquisar e conhecer a atuação dos EEESMO no contexto do PDP, já que ao abordar o assunto com alguns profissionais, pude perceber que havia muitas opiniões preconcebidas, que viam esse contexto como uma negação dos avanços da medicina e uma tentativa de retrocesso que colocava a mãe e o bebê em risco. Estas opiniões mostravam um completo desconhecimento sobre o assunto por parte de alguns profissionais. Além disso, durante o curso de mestrado, percebi uma lacuna na exploração acadêmica sobre o PDP, o que me levou a considerar a viabilidade de desenvolver um projeto de pesquisa que se concentrasse na experiência profissional dos EEESMO no PDP.

**PARTE II – COMPONENTE INVESTIGATIVA - Parto Domiciliar Planeado em Portugal:
assistência e desafios na prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Saúde Materna e Obstétrica**

4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

4.1. CONTEXTOS HISTÓRICOS DO PARTO, PARTEIRAS E ENFERMEIRAS

O parto, conforme Rodrigues, Gomes e Lopes (2009), mais que um ato fisiológico, revela a sociedade com tudo que há de bom e de mau. Assim como diversas outras questões que envolvem o universo feminino, a gravidez e o parto, embora processos fisiológicos e naturais, sofrem ao longo dos anos influências sociais e culturais.

Dessa maneira, para refletir acerca da obstetrícia moderna e conseqüentemente o papel do EEESMO nesse contexto é necessário compreender o percurso dessa profissão nos aspetos históricos. Portanto, a história do processo do parto e nascimento está profundamente conectado com a figura da parteira, representada hoje como enfermeira-parteira.

Na Idade Média, a prestação dos cuidados de saúde estava entregue exclusivamente às mulheres, dessa maneira, o momento do parto era um momento acompanhado exclusivamente por outras mulheres, habitualmente mais experientes, as parteiras. As parteiras eram dotadas de conhecimentos relacionados a gravidez e o parto, e o facto de o parto ser ignorado pela medicina, era condicionado aos cuidados das mulheres, dado também ao facto que os médicos eram raros nessa altura (Cunha et al., 2016).

As parteiras reconhecidas nas suas comunidades e detentoras de um saber empírico-sensorial transmitido de geração a geração, de maneira oral e simbólica, a formar uma rede de relações femininas a qual se reservava o mistério do nascimento (Menezes; Portella & Bispo, 2012). Destaca-se que, as parteiras desempenhavam diversos papéis nas comunidades, como, conselheiras, curadoras e auxiliavam as famílias necessitadas (Pimenta et al., 2013). A sua prática era conferida numa relação íntima com a crença e a natureza, através de amuletos, rituais de rezas e o uso de plantas, animais e minerais com fins curativos. Além do que, era apoiada numa relação de confianças e afetividade, favorecida pela autoridade das parteiras e por reconhecimento da comunidade (Menezes; Portella & Bispo, 2012).

A partir dos séculos XVII e XVIII, os homens representados pela figura do médico, começaram a adentrar no âmbito da gestação e parto, justificando uma superioridade técnica e maior aparato tecnológico.

Assim, ao final do século XVIII e nas primeiras décadas do século XIX, a conceptualização do parto sofreu alterações radicais. Os médicos cirurgiões começaram a impor a posição de decúbito dorsal as mulheres, o que facilitava a observação e prática de intervenção (Carneiro, 2003). Nesse contexto, proliferaram-se os tratados de obstetrícia, incorporando estudos de anatomia, patologia, fisiologia e clínica, assim como as descobertas da física, da química e da terapêutica. Dessa maneira, a “arte de partejar” foi gradativamente tornando-se a “ciência

do parto” (Barreto, 2011). Ainda segundo a autora, a legitimação dos médicos na Obstetrícia foi alcançada com a desqualificação das parteiras, caracterizando-as como mulheres de pouco saber, repletas de crendices que punham em risco a vida da mãe e do bebê.

Consequentemente, ao fim do século XIX a obstetrícia foi considerada uma especialidade médica e o nascimento passou progressivamente a ser um evento controlado pelos homens da medicina. Dessa maneira, a criação de hospitais específicos para a realização do parto, as maternidades, foi o local que serviria como laboratório de ensino dos profissionais, a facilitar a aplicação das novas técnicas (fórceps, assepsia e antissepsia, anestesia, cesariana), estabelecendo este local como o espaço preciso para a produção do saber obstétrico (Carneiro, 2003).

De modo inicial, parir nas maternidades se traduzia, antes das descobertas microbiológicas e das práticas de assepsia, em um risco, devido as taxas de infeções puerperais por falta de cuidados antissépticos e intervenção negligente, obtido nas enfermarias por outras doentes ou pelo contacto não asséptico dos profissionais, corroborando para a mortalidade nesses sítios ser superior em relação aos partos no domicílio (Baptista, 2016). Por esse motivo a hospitalização correspondia a uma espécie de condenação prévia que atingia as mulheres de classes pobres. Visto que as instituições originalmente significavam, um acúmulo de mulheres pobres e desprotegidas, estas acabaram por tornar-se alvo de investigação e estudos. Com o passar do tempo, apesar das novas condições técnicas, verificava-se uma aversão à hospitalização para o parto no que se referia às classes sociais mais favorecidas, que tinham acesso à medicalização pelo recurso aos médicos em exercício de clínica livre (Carneiro, 2003).

Nessa altura, houve profissionais que reconheciam que a hospitalização no parto era desfavorável, a justificar que tanto à mulher como o recém-nascido não eram, doentes. Em contrapartida, aqueles que defendiam o parto nas maternidades defendiam ser uma forma de proteção às mulheres grávidas, principalmente para as mulheres que eram obrigadas a trabalhar até o parto, por necessidades económicas, para as grávidas abandonadas e para os recém-nascidos, combatendo-se a mortalidade infantil. Assim, defendeu-se a criação de instituições destinadas à higiene social e a puericultura (Baptista, 2016).

Com a medicina a ganhar um espaço próprio de ação e de organização hospitalar, com vinculação à universidade, conquista a autoridade e legitimidade para disciplinar todo o campo sanitário, nomeadamente a formação de outros profissionais que dessa forma ficaram sob a tutela teórico-prática. Assim como, as consequências que a hospitalização do parto veio ocasionar na formação das parteiras, integrando a prática em contexto hospitalar. Para além disto, o hospital seria o sítio que legitimaria o controlo do corpo através da medicina (Menezes;

Portella e Bispo, 2012).

Com o início do século XX, surge uma nova postura perante o paradigma sanitário de cuidados integrados, ao qual se ajustou gradualmente a atividade de parteira. Em vista disto, a formação tornou-se uma obrigatoriedade e passou a sofrer sucessivos ajustes. Na reorganização de poderes e saberes inerentes ao campo sanitário e consequente redistribuição de papéis, a nova profissional passou a configurar-se cumulativamente como enfermeira e parteira, assumindo a designação de “enfermeira-parteira” (Carneiro, 2003).

Relativamente a nova designação, inicialmente a parteira deveria realizar uma formação prévia de Enfermagem, adquirir competências na área dos cuidados gerais de saúde e de ambiência hospitalar como condição para poder aceder o conhecimento e práticas relacionado ao parto. Conforme, Carneiro (2003), foi esta uma linha determinante na reconfiguração da trajetória de formação das parteiras, sobretudo em Portugal.

Se, habitualmente o foco de atenção das parteiras era o parto e família, com a nova designação passou a desempenhar a sua prática apenas nos cuidados à mulher. Incorporaram os ensinamentos no que dizem respeito à higiene pessoal e à prescrição alimentar; ao recém-nascido, os cuidados relativamente ao cordão umbilical, a higiene, vestuário, orientação sobre amamentação ou alimentação artificial, a fundamentar sua prática nos modelos da puericultura.

No novo modelo de atuação da enfermeira-parteira passou a integrar as equipas, comandadas por médicos que assumiam a responsabilidade do serviço e delegavam as funções para a prática de cuidados, a desempenhar o seu processo de trabalho centrado no modelo médico.

Em meio a todas essas transformações institucionais, o percurso de “formação” das inicialmente parteiras, igualmente sofreu ajustes. Da enfermeira-parteira, a enfermeira puericultora, enfermeira parteira puericultora e enfim, enfermeira especializada em saúde materna e obstétrica, não somente na denominação, mas também na compreensão do seu papel no cenário da maternidade e do parto.

4.2. ASSISTÊNCIA AO PARTO EM PORTUGAL NA ATUALIDADE

Segundo dados do PORDATA, base de dados sobre Portugal contemporâneo, cerca de 18,4% dos partos aconteciam em estabelecimentos de saúde na década de 60. A partir da década de 90, aproximadamente 97% dos partos foram realizados em hospitais. Desde então, os partos domiciliares representam um número muito pouco expressivo em relação ao total de nascimentos que ocorrem em Portugal.

No ano de 2020, verificou-se que, entre os partos ocorridos em instituições de saúde em Portugal, 44% foram classificados como eutócicos, enquanto 55% foram considerados distócicos. Dentre estes últimos, constatou-se que 65% resultaram em cesarianas, enquanto os 34% restantes corresponderam a outros tipos de intervenções médicas. Esses dados evidenciam uma mudança significativa no panorama da assistência obstétrica em Portugal, indicando um aumento expressivo na medicalização e na tendência intervencionista nesse campo.

Essa transformação pode ser atribuída a diversos factores, como preferências e práticas médicas, percepções de segurança e preocupações relacionadas ao bem-estar da mãe e do feto. No entanto, é fundamental ressaltar que a intervenção médica durante o parto deve ser baseada em evidências científicas e na necessidade clínica real, visando proporcionar os melhores resultados para a saúde da mãe e do recém-nascido.

Num estudo realizado em 2015 pela Associação Portuguesa pelos Direitos da mulher na Gravidez e Parto (APDMGP), no qual 7.555 mulheres responderam ao inquérito sobre a “Experiências de parto em Portugal”, demonstrou que mais de 80% dos partos ocorreram em hospitais públicos, 16% em hospitais privados, 1% foram partos domiciliares planeados e 0,09% aconteceram no domicílio de maneira não planeada. Consoante ao inquérito, o local de parto é um factor que influencia a avaliação das mulheres sobre sua experiência do parto.

Recentemente, a revista *The Lancet Regional Health-Europe* publicou um estudo realizado entre março de 2020 e março de 2021, que analisou quatro dimensões da assistência obstétrica: prestação de cuidados, experiência dos cuidados, recursos humanos e estruturas, e mudanças organizacionais relacionadas à pandemia da COVID-19. O estudo contou com a participação de 21.027 mulheres de 12 países europeus, incluindo 1.685 mulheres portuguesas.

Entre as mulheres que tiveram trabalho de parto, o estudo revelou que 31% das participantes portuguesas relataram ter passado por um parto vaginal instrumentado, utilizando fórceps ou ventosas para auxiliar na expulsão do feto. A taxa de episiotomia foi de 41%, o que representa o dobro da média europeia. Além disso, a Manobra de Kristeller foi realizada em 49% das mulheres portuguesas que passaram por partos vaginais instrumentados. Surpreendentemente, o estudo concluiu que 63% das mulheres portuguesas não tiveram seu consentimento solicitado para a realização de partos instrumentados.

Adicionalmente, 28% das mulheres relataram uma falta de comunicação eficaz por parte dos profissionais de saúde durante o parto, enquanto 41% afirmaram não ter tido participação nas decisões durante o processo e 32% mencionaram que não foram tratadas com dignidade ao longo do mesmo (Lazzerini et al., 2021).

Esses resultados apontam para desafios significativos na assistência obstétrica em Portugal, indicando a necessidade de melhorias no que diz respeito à comunicação efetiva entre profissionais de saúde e mulheres, o respeito às escolhas e o consentimento informado durante o processo de parto. Essas descobertas destacam a importância de uma abordagem centrada na mulher e baseada em evidências científicas na assistência obstétrica, visando garantir a segurança, o bem-estar e a autonomia das mulheres durante o período perinatal.

Em virtude disso, as altas estatísticas de medicalização do parto e o incomodo com o sistema atualmente implantado, as mulheres e associações começaram a promover debates e questionar autoridades para modificar a realidade da assistência obstétrica prestada no país. Os movimentos pró-desmedicalização do parto, reclamando neste o protagonismo perdido pela mulher e família, divulgam e apoiam o direito à prática de alternativas ao parto hospitalar padronizado, como o parto domiciliar planejado (Santos & Augusto, 2016).

Além desses factores, conforme Silva (2021) as restrições a presença do acompanhante e receios sobre uma possível contaminação, influenciaram as mulheres e casais a optar pelo parto domiciliar. Além disso, a quantidade de equipas que prestam o serviço de assistência ao parto domiciliar aumentou nos últimos anos, assim como, o acesso à informação das mulheres e o interesse por um parto com menos intervenções e a respeitar a fisiologia do nascimento.

Durante a pandemia da COVID-19, houve um aumento significativo na procura por partos domiciliares em Portugal, conforme indicado pelos dados disponibilizados pela PORDATA. Comparando os anos de 2013 e 2021, observou-se um aumento de 62% nos partos realizados em domicílio. Esse aumento despertou reflexões por parte de estudiosos da área sobre as razões pelas quais as mulheres e suas famílias optaram por esse tipo de local para o nascimento. No entanto, é importante ressaltar que, apesar desse aumento, os partos domiciliares ainda representam uma parcela muito pequena do total de nascimentos, correspondendo a pouco mais de 1% dos partos ocorridos em 2021.

Do mesmo modo, a interpretação adequada desses dados torna-se difícil devido à ausência de especificações sobre quais partos domiciliares foram planejados, ou seja, assistidos por profissionais de saúde qualificados, e quais foram não assistidos ou acidentais. Esses contextos apresentam diferenças significativas quando se trata de considerar as questões de segurança e os riscos envolvidos.

Portanto, embora tenha havido um aumento na demanda por partos domiciliares durante a pandemia, é essencial entender a natureza desses partos e a assistência disponível durante o processo. É crucial obter informações claras sobre a natureza dos partos domiciliares realizados em Portugal para uma análise precisa dos dados e uma compreensão adequada

dos benefícios e riscos associados a essa prática. Isso ajudará a orientar políticas e práticas de assistência obstétrica que garantam a segurança e o bem-estar das mulheres e de seus bebês, independentemente do local escolhido para o parto.

4.3. PARTO DOMICILIAR PLANEADO

O PDP é conceitualizado por nascimentos que acontecem no domicílio, de maneira intencional e programada pela mulher, com o profissional responsável pela assistência, e acompanhou previamente o pré-natal, a controlar os possíveis factores de risco (Vedam; Goff & Nolan-Marnin, 2007).

Sendo assim, o PDP se diferencia de um Parto Domiciliar Desassistido (PDD) e de um Parto Domiciliar Não Planeado (PDNP). O PDD ocorre em um ambiente domiciliar planeado, mas sem o acompanhamento de profissionais habilitados. Já o PDNP acontece de maneira acidental em ambiente domiciliar, sem um planejamento prévio (Bernadelo, 2019).

Esses contextos são extremamente distintos quando se trata de considerar as questões de segurança e os riscos envolvidos. Os PDP, com a presença de EEESMO/parteias habilitadas, seguem orientações específicas para garantir a segurança da mãe e do bebê. Esses profissionais estão preparados para lidar com possíveis complicações e fornecer cuidados adequados durante o parto em domicílio.

Por outro lado, os partos domiciliares não assistidos ou acidentais apresentam maiores riscos, uma vez que não há profissionais qualificados presentes para lidar com eventuais complicações, nesses casos, a segurança do binómio pode ser comprometida.

Habitualmente, a planificação do PDP é realizada durante o pré-natal, com uma gestação de baixo risco. O parto deve ser de início espontâneo em que receberá a assistência de um EEESMO, onde à mulher será incentivada e encorajada a decidir a melhor posição, verticalização, alimentação e quem vivenciará com ela esse momento. Nesse contexto a participação da família é essencial, mantendo vínculo de segurança e confiança, permitindo que o parto aconteça sem intervenção profissional (Davim; Menezes, 2001).

De acordo com Largura (2006), ao optar pelo parto em casa, à mulher tem acesso a cuidados personalizados e contínuos, fornecidos por um profissional que a acompanhou durante toda a gravidez e que estará presente durante o parto e pós-parto. Segundo a autora, o parto em casa oferece diversas vantagens, incluindo liberdade de movimento, segurança, privacidade e um ambiente acolhedor para receber o bebê.

Consequentemente, de acordo com a mesma autora, no caso do PDP, existem cuidados que devem ser observados por aqueles que desejam realizá-lo. Inicialmente, o parto domiciliar só

é viável se a mulher estiver em perfeitas condições de saúde e se o desenvolvimento da gravidez indicar a possibilidade de um parto normal. Algumas condições de saúde podem ser identificadas desde o início da gestação, enquanto outras podem surgir ao longo do período gestacional.

Conforme a autora, entre as condições que excluem a opção pelo parto domiciliar estão a hipertensão crônica ou súbita, problemas cardíacos, renais, pulmonares, neurológicos ou psiquiátricos graves, bem como condições de saúde graves em geral. Outros factores que inviabilizam o parto domiciliar incluem cirurgia uterina anterior, anemia grave, diabetes, restrição de crescimento intrauterino (RCIU), gravidez de gêmeos, apresentação pélvica, trabalho de parto prematuro e lesões ativas de herpes genital no momento do parto. Essas condições são consideradas contra-indicações para o parto domiciliar devido aos riscos potenciais que podem envolver.

Além das condições pré-existentes mencionadas anteriormente, durante o trabalho de parto podem surgir condições anormais que exigem a transferência imediata para um hospital de referência. Essas condições incluem alteração da cor do líquido amniótico, sofrimento fetal agudo, sinais de descolamento prematuro da placenta, visualização de prolapso de cordão umbilical e parada de progressão do trabalho de parto. Essas situações requerem cuidados médicos especializados e, portanto, a transferência para um ambiente hospitalar se faz necessária para garantir a segurança da mãe e do bebê (Largura, 2006).

Dessa maneira, avaliação cuidadosa da elegibilidade para o parto domiciliar é crucial e deve ser realizada por profissionais de saúde qualificados. Esses profissionais levam em consideração o histórico médico da mulher, incluindo qualquer condição pré-existente, e avaliam as circunstâncias individuais para determinar se o parto domiciliar é uma opção segura e adequada.

Os profissionais que atuam em contexto do PDP não tem como objetivo eliminar ou ignorar a possibilidade de riscos associados ao parto. Pelo contrário, ele se baseia em evidências e no respeito à livre decisão da mulher, desde que ela esteja plenamente ciente dos riscos e benefícios envolvidos.

De acordo com Campbell (2019), citado por Albuquerque et al. (2021), em alguns países, o PDP já é uma prática estabelecida e reconhecida pelo sistema de saúde. Essa prática tem apresentado indicadores obstétricos positivos, incluindo menos intervenções e bons resultados tanto para as mães quanto para os recém-nascidos. Esses resultados favoráveis podem ser garantidos por meio dos estudos realizados em países que adotam essa prática.

Num estudo de coorte na Holanda, com mais de 679.000 partos evidenciou-se uma mortalidade perinatal de 0,15% em PDP contra 0,18% em partos hospitalares planejados em

parturientes de baixo risco, concluindo que não havia diferença significativa da mortalidade de acordo com o local de parto (Kooy et al., 2011).

Em 2012, uma revisão sistemática foi publicada, a qual incluiu 22 grandes estudos observacionais que compararam os desfechos maternos e perinatais de partos domiciliares ou em casas de parto assistidos por parteiras com os partos assistidos por médicos em ambiente hospitalar. A revisão concluiu que as mulheres de baixo risco atendidas em casas de parto ou no domicílio por parteiras certificadas têm menor número de intervenções obstétricas e maior chance de ter partos normais em comparação com mulheres de baixo risco que recebem atendimento em hospitais. Não foi encontrada diferença na mortalidade perinatal entre os grupos. A revisão também destacou a importância do treinamento adequado das parteiras para identificar e tratar prontamente quaisquer complicações durante o parto (McIntyre, 2012).

Outro estudo relevante sobre essa temática foi uma pesquisa tipo coorte realizada na Inglaterra com 146.752 parturientes de baixo risco, das quais 62,9% tiveram parto domiciliar planejado e 37,1% tiveram parto hospitalar planejado. As mulheres do grupo de parto domiciliar planejado apresentaram menor risco de morbidade materna grave, hemorragia pós-parto e extração manual da placenta. Essa diferença foi estatisticamente significativa para multíparas, embora o risco absoluto dessas complicações tenha sido muito baixo em ambos os grupos, com a morbidade materna grave tendo uma taxa global de dois por mil nascimentos. Os autores concluíram que não há evidências de que o parto domiciliar planejado, atendido por parteiras devidamente treinadas dentro de um sistema de saúde com serviços adequados de transporte e referência, aumente os riscos de desfechos maternos adversos (Jonge et al., 2013).

Na recente revisão sistemática da Biblioteca Cochrane, atualizada em março de 2023, foi baseado em um ensaio clínico randomizado que comparou os efeitos do parto hospitalar com o parto domiciliar planejado em termos de taxas de intervenções, complicações e mortalidade. De acordo com os autores, para as gestantes selecionadas de baixo risco, as evidências para apoiar a redução da mortalidade materna ou perinatal, morbidade ou qualquer outro resultado crítico por meio do parto hospitalar são incertas. Por outro lado, a qualidade das evidências obtidas a partir de estudos observacionais em favor do parto domiciliar parece estar em constante aumento. Isso sugere que há fortes evidências de que o parto fora do hospital, com assistência de parteiras qualificadas, é seguro (Olsen & Clausen, 2023).

Com base nos estudos mencionados, é possível compreender que o parto domiciliar pode ser considerado uma opção segura para mulheres de baixo risco quando realizado em um ambiente domiciliar adequado, com assistência qualificada e planejamento prévio. Essa

abordagem tem demonstrado resultados favoráveis, com taxas reduzidas de intervenções obstétricas e sem aumento na mortalidade perinatal.

Em suma, as evidências apontam que o parto domiciliar de baixo risco, quando realizado de forma adequada e com a assistência qualificada, pode ser tão seguro quanto o parto hospitalar, oferecendo às mulheres uma opção válida e segura para o nascimento de seus filhos. No entanto, é essencial que haja um sistema de saúde que apoie essa escolha, com a disponibilidade de serviços apropriados e profissionais capacitados para atender às necessidades das mulheres que optam pelo parto domiciliar.

5. METODOLOGIA

Neste capítulo será delineado o tipo de estudo, os objetivos da investigação, a questão de investigação, a caracterização do estudo, a população, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos formais e éticos e, por fim, o tratamento e análise de dados.

5.1. OBJETIVOS

Durante o decorrer do curso de mestrado, constatou-se uma lacuna na abordagem académica no que diz respeito ao parto domiciliar. Dessa forma, surgiu a oportunidade de realizar uma investigação que se focasse na experiência das EEESMO no contexto do PDP. O propósito subjacente a esta pesquisa é estimular a discussão dentro da comunidade académica e contribuir para a autonomia profissional das EEESMO, a qualidade dos cuidados prestados às mulheres e suas famílias no contexto do PDP, reforçar o direito a uma assistência segura e respeitar a escolha do local para o parto.

Neste sentido formulou-se as seguintes questões de investigação: Como será a prática profissional dos EEESMO em contexto de PDP? Quais as motivações dos EEESMO perante a opção de exercerem em contexto de PDP? Quais os desafios e obstáculos que os EEESMO já enfrentaram na sua prática profissional em contexto de PDP?

De acordo com as questões de investigação, delineou-se os seguintes objetivos do estudo:

- Conhecer a prática profissional dos EEESMO em contexto de PDP;
- Identificar as motivações dos EEESMO perante a opção de exercerem em contexto de PDP;
- Descrever os desafios e obstáculos que os EEESMO enfrentaram na sua prática profissional em contexto de PDP.

5.2. TIPO DE ESTUDO

Para abordar as questões de pesquisa e atender aos objetivos estabelecidos, foi realizado um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa.

Conforme afirmado por Minayo (2007), a pesquisa qualitativa aborda questões específicas, enfocando um nível de realidade que não pode ser quantificado e trabalha com um universo de múltiplos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Segundo a autora, o processo de trabalho em pesquisa qualitativa é dividido em três etapas: a fase exploratória, na qual é desenvolvido o projeto de pesquisa e os procedimentos necessários para a entrada em campo; o trabalho de campo, que consiste em colocar em prática a construção teórica elaborada na primeira etapa; e a análise e tratamento do material, que se refere à

compreensão e interpretação dos dados.

Nesse sentido, a abordagem qualitativa permite uma compreensão mais profunda e detalhada do fenómeno em estudo, neste caso, as questões relacionadas à prática profissional das EEESMO no contexto do PDP em Portugal. Esta abordagem é adequada para explorar as motivações, obstáculos e desafios enfrentados por estas profissionais.

O objetivo de uma pesquisa exploratória é estudar um assunto ainda pouco explorado para proporcionar uma visão geral do facto (Lozada & Nunes, 2019). Normalmente, as pesquisas exploratórias constituem a primeira etapa de uma pesquisa mais ampla. As pesquisas descritivas, por sua vez, objetivam descrever as características de uma população, ou identificar relações entre variáveis (Marconi & Lakatos, 2022).

Dessa maneira, a natureza exploratória do estudo permite investigar um tema relativamente pouco explorado na literatura académica, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento nesta área. A abordagem descritiva, por sua vez, permite descrever e analisar as práticas das EEESMO no contexto do PDP, fornecendo uma visão geral e detalhada da realidade estudada.

5.3. PARTICIPANTES

O estudo selecionou como população apenas os EEESMO com cédula profissional atribuída pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e que possuíam pelo menos um ano de experiência em contexto de PDP no país. Foram excluídos os profissionais que tinham apenas experiência em contexto de PDP em outros países.

Inicialmente, o método de amostragem selecionado consistia na abordagem “bola de neve”, pois, por meio de um contato privilegiado obtido durante o curso de mestrado, seria possível aceder a outros participantes. No entanto, a primeira participante disponibilizou uma lista atualizada contendo os contactos dos profissionais que atuavam em contexto de PDP. Além disso, ela mencionou que essa lista também está disponível online no site da Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP).

Dessa maneira, optou-se por modificar a técnica de amostragem para o método de amostragem por conveniência, no qual o pesquisador incorpora os elementos aos quais possui acesso, admitindo que estes possam apresentar características típicas ou representativas da população sob estudo (Gil, 2008).

Com base nessa lista, foram contactados 13 profissionais por meio de email e mensagem no telemóvel, convidando-os a participar da pesquisa. Dentre os contactados, oito (8) participantes aceitaram o convite e concordaram em participar do estudo.

Conforme pode ser observado na Tabela 1, relativamente ao tempo de exercício profissional como EEESMO, 25% (n=2) das participantes indicaram possuir de 5 a 6 anos, enquanto 75% (n=6) tinham mais de 8 anos. No que se refere ao tempo de exercício profissional em contexto de parto domiciliário, 37,5% (n=3) das participantes tinham entre 1 e 3 anos de exercício, 37,5% (n=3) tinham entre 4 e 7 anos de exercício e 25% (n=2) tinham mais de 8 anos de exercício. Todas as participantes manifestaram exercerem de maneira privada e autónoma, uma vez que indicaram ser essa a única forma de exercer nesse contexto em Portugal. Quanto à área geográfica onde exercem, variou entre as regiões do Norte 27% (n=3), Centro 37% (n=4), Lisboa 27% (n=3) e Algarve 9% (n=1). No entanto, é importante salientar que uma mesma participante referiu atuar em diferentes regiões, conforme disponibilidade.

Tabela 1

Caracterização das participantes

Variáveis		Participantes
		n (%)
		8 (100%)
Tempo de exercício profissional como EEESMO	5-6 anos	2 (25%)
	+ 8 anos	6 (75%)
Tempo de exercício profissional em PDP	1-3 anos	3 (37,5%)
	4-7 anos	3 (37,5%)
	+ 8 anos	2 (25%)
Forma de exercício em PDP	Autónomo	8 (100%)
	Integrado em equipa de instituição privada	-
	Integrado em equipa de instituição pública	-
Área geográfica de exercício profissional em PDP	Norte	3 (27%)
	Centro	4 (37%)
	Lisboa	3 (27%)
	Algarve	1 (9%)

5.4. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A técnica de recolha de dados utilizada foi a entrevista semiestruturada, de modo a obter informações essenciais das participantes, permitindo, simultaneamente, a flexibilidade nas respostas. Foi elaborado um guião de entrevista com base na literatura existente sobre a temática em estudo (ver Apêndice I), que compreendeu uma primeira parte com questões para caracterização dos participantes e uma segunda parte com questões organizadas de forma a alcançar os objetivos da pesquisa.

Para validar o instrumento de recolha de dados e contribuir para o desenvolvimento da prática de condução de entrevistas pela pesquisadora, procedeu-se à realização de uma entrevista de ensaio com a primeira participante do estudo. Através dessa entrevista, foram feitos

ajustes, nomeadamente nas questões 9 e 10, uma vez que as respostas apresentaram similaridade, tornando necessário fundi-las em uma única pergunta.

Os dados foram recolhidos durante o período de março e abril de 2023. As entrevistas foram gravadas após prévia comunicação e autorização dos participantes, com exceção de uma participante que não permitiu a gravação. Nesse caso, procedeu-se à realização de anotações manuais durante a entrevista, registando as respostas da participante. Posteriormente, estas anotações foram transcritas e enviadas à participante para validação. Além disso, as gravações foram também transcritas integralmente e enviadas por e-mail às participantes, com o intuito de assegurar a fidedignidade e a preservação dos significados dos discursos. Este processo de transcrição e validação foi essencial para a subsequente categorização e análise dos dados obtidos através das entrevistas.

5.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Para assegurar a proteção dos direitos e liberdades dos participantes do estudo, foram respeitados os princípios e direitos fundamentais estabelecidos de acordo com Fortin (2009). Esses princípios incluem o direito à autodeterminação, que reconhece a autonomia do indivíduo para decidir se deseja ou não participar da pesquisa, bem como o direito à intimidade, anonimato e confidencialidade, a fim de evitar qualquer invasão da privacidade dos participantes.

Nesse sentido, foi enviado um convite solicitando a participação na pesquisa, acompanhado de um documento contendo informações detalhadas sobre o estudo e o termo de consentimento informado (ver Apêndice II). As participantes foram convidadas a assinar o termo de consentimento e enviá-lo de volta por email, indicando uma data e hora conveniente para a realização da entrevista, caso desejassem participar.

Antes de iniciar a entrevista, foi solicitada a autorização da participante para a gravação. Foi informado que a gravação poderia ser interrompida a qualquer momento, caso a participante assim desejasse. Importante mencionar que, em respeito à vontade de uma das participantes, optou-se por não realizar a gravação da entrevista, garantindo, assim, a confidencialidade e o respeito à sua privacidade.

Para garantir a privacidade durante a entrevista por videoconferência, assegurou-se de que a participante estivesse em um local privado, permitindo-lhe responder às questões com sigilo.

Para garantir a segurança e proteção dos dados, todas as gravações das entrevistas foram armazenadas em um computador portátil de uso exclusivo da investigadora, o qual foi protegido por senha para evitar acesso não autorizado. Após a transcrição das entrevistas, as

gravações originais foram devidamente destruídas, sendo mantidas somente durante o tempo necessário para a realização da transcrição.

Para garantir o sigilo da identidade das participantes, as transcrições das entrevistas foram codificadas de forma, tendo-se atribuído a cada entrevista um código único composto pela letra "E", seguida de um número cardinal que indicava a ordem das entrevistas. Dessa forma, os dados colhidos ficaram dissociados das identidades das participantes, protegendo assim a privacidade e a confidencialidade de cada participante envolvido na pesquisa.

Para garantir a integridade e a ética da pesquisa, foi solicitado o parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, que emitiu um parecer favorável (Anexo I).

5.6. ANÁLISE DOS DADOS

De acordo com Minayo (2007), existem diversas abordagens para a análise de dados qualitativos. A interpretação desses dados não se limita à classificação das opiniões dos informantes. É necessário explorar os códigos presentes nos discursos, símbolos e observações para compreender e interpretar um determinado tema. Isso proporciona aos pesquisadores uma contribuição singular e contextualizada, que vai além da simples categorização dos dados recolhidos.

Em vista disso, nesta pesquisa, seguiu-se a metodologia de análise de conteúdo sugerida por Minayo (2007). Segundo a autora, esta etapa pode ser subdividida em três partes. A ordenação dos dados é a primeira etapa, que consiste em organizar os dados em categorias. A classificação dos dados é a segunda etapa, que envolve a análise das categorias definidas na etapa anterior, buscando-se identificar as características e os padrões presentes nos dados. Por fim, a análise propriamente dita é a terceira etapa, na qual o pesquisador busca interpretar e compreender o sentido das informações coletadas, buscando relacionar as diferentes categorias identificadas.

Dessa maneira, após a transcrição das entrevistas, foi realizada uma leitura flutuante e organização do material. Na sequência, os dados foram explorados e categorizados através de operações de codificação, que consistiu em relacionar os discursos com o mesmo sentido e agrupá-los em categorias, podendo para tal guiar-se pelos tópicos do guião e tendo em conta os objetivos da pesquisa. Nesta etapa, utilizou-se o programa ATLAS.ti 8.0 para codificar os trechos dos discursos em unidades temáticas de significado semelhante. Por fim, os resultados foram tratados e interpretados para que se tornassem significativos e válidos.

6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

O presente capítulo tem como objetivo apresentar os resultados obtidos, organizados de forma a responder aos objetivos da pesquisa, nomeadamente sobre a prática profissional das EEESMO participantes, sobre as suas motivações para o exercício profissional em PDP, bem como os obstáculos e desafios enfrentados durante o exercício profissional.

6.1. PRÁTICA PROFISSIONAL EM CONTEXTO DE PDP

Relativamente à prática profissional em contexto do PDP, apresenta-se as categorias, e subcategorias, que emergiram a partir do tratamento e interpretação dos dados, como esquematicamente consta na Tabela 2.

- **Acessibilidade da/s utente/s aos serviços**

Relativamente à *acessibilidade da/s utente/s aos serviços* da EESMO no âmbito da assistência ao PDP, identificaram-se três categorias, nomeadamente: *contactos disponíveis na internet* e *por recomendação*, assim como o *início do primeiro contacto*.

As participantes mencionaram que têm os seus *contactos disponíveis na internet*, nomeadamente no site pessoal, Instagram/outras redes sociais, site da APDMGP e na Rede Portuguesa de Doulas:

E2: *“Eu tenho um site que criei, onde tenho lá descrito esse serviço. E, depois tenho também os meus contactos na Rede Portuguesa de Doulas e na APDMGP.(...)”*

E3: *“Neste momento tenho website e está explícito que fazemos essa assistência ao parto domiciliário, (...) também temos os nossos contactos divulgados na APDMGP.”*

E4: *“(...) Através do Instagram e listas de profissionais que atuam no parto em casa.”*

E1: *“(...) Habitualmente por e mail ou por telefone, ou através das redes sociais também.”* Além disso, a acessibilidade também ocorre *por recomendação*, sobretudo por parte de anteriores clientes, outras colegas e doulas, passando a informação de boca-a-boca:

E5: *“(...) Mais até se calhar pelo boca a boca do que do que de outra forma.”*

E6: *“Tem sido mais o boca a boca, de recomendação de alguém que já passou por nós e que recomenda, por isso tem sido mais partilhas pessoais. (...)”*

E7: *“(...) Acontece que, por exemplo, outras colegas que referenciam ou são as doulas ou são grupos de mães.”*

E8: *“Muito também pelo boca a boca, recomendada por outras pessoas, antigos clientes, doula. (...)”*

O *início do primeiro contacto*, pela maioria dos discursos, ocorre em fases diversas, desde a preconceção antecipando a procura de informação:

E1: *“(...) Agora tenho inclusivamente pessoas que me contactam que estão em preconceção, já tenho tido alguns contactos antes da gravidez acontecer.”*

E2: *“Alguns até procuram antes de estarem grávidos, querem começar a perceber essas*

dinâmicas e a inteirar-se, ainda não engravidaram, mas já estão à procura de informação (...)”

E4: *“(...) Desde a preconcepção (...)*”

E7: *“Mais no início da gravidez, aqui há uns anos, vinham assim, já com 20 e tal, 30 semanas, agora, às vezes, antes de estarem grávidas, já estão a contactar para saber (...)*”

Assim como, o primeiro contacto da mulher/casal, pode ocorrer durante a gravidez, variando desde o primeiro trimestre, segundo ou terceiro:

E2: *“(...) Alguns até já me contactaram no terceiro trimestre, mas agora é raro porque as pessoas começaram a perceber que não é fácil encontrar equipas para o parto domiciliar em Portugal.”*

E3: *“(...) Entre o primeiro e o segundo trimestre, a maioria deles garantidamente.”*

E4: *“(...) até às 35 semanas, já me contactaram às 40 semanas.”*

E5: *“A maioria aparece nos ali no primeiro trimestre ou logo no início do segundo trimestre.”*

E6: *“Às vezes no primeiro trimestre, mas também já nos chegaram no terceiro trimestre. (...)*”

E8: *“A maior parte mais no início do primeiro trimestre de gestação de forma a garantir a disponibilidade.”*

- **Medidas de segurança**

No que respeito a *medidas de segurança*, emergiram quatro categorias, nomeadamente: *critérios de elegibilidade, documentação da informação, trabalho em equipa, acompanhamento durante a gravidez e planos de parto.*

As participantes referiram que uma das medidas de segurança é respeitar os *critérios de elegibilidade* para o PDP, que se refere às especificações para determinar se uma mulher está apta para o parto em casa de forma segura. Neste contexto, foi considerado que o grau de baixo risco da gravidez é relevante:

E2: *“(...) Sabemos que temos de ter uma gravidez de baixo risco, portanto, só aí é que isso é possível (...)*”

E3: *“Resumidamente (...) considerada de baixo risco, ou seja, sem patologias prévias e sem patologia ao longo da gravidez (...)*”

E6: *“Uma gravidez de baixo risco (...)*”

As participantes também consideraram relevante a avaliação das questões emocionais, para além da avaliação física ao longo da gravidez, assim como, aspetos relacionados com o feto, nomeadamente ser feto único e em apresentação fetal:

E2: *“(...) temos que avaliar uma série de parâmetros, uma série de coisas com a mulher, até mesmo algumas questões emocionais, não só, puramente as físicas e fisiológicas.”*

E3: *“(...) uma gravidez unifetal (...) um bebé em apresentação cefálica.”*

E6: *“(...) início do trabalho de forma espontânea (...)*”

Também são consideradas medidas de segurança, o termo da gravidez, o início espontâneo do TP e a distância do domicílio ao hospital, o qual deve estar próximo.

E3: “(...) *uma gravidez de termo, (...) E a distância também é uma unidade hospitalar, também é um critério.*”

E6: “(...) *início do trabalho de forma espontânea, a menos de 30 minutos no hospital, até 1 hora e meia de nós (...).*”

Estes critérios de elegibilidade, segundo uma das participantes, são sustentados pelas evidências científicas e experiência na prática, e por orientações definidas pelo Comité de Apoio Parto Domiciliar da Associação dos Enfermeiros Obstetras (APEO).

E2: “(...) *Eu faço parte de um grupo da APEO, que é o Comité de Apoio para o Parto Domiciliar e nós criamos nesse grupo, um documento com as indicações para o parto domiciliar, precisamente para criar alguma uniformidade no parto domiciliar, porque não existem documentos sobre isso, nem guidelines, nem nada. Mas estão lá descritos e nós acabamos agora por nos reger um pouco por nesse documento também, portanto, tem a ver com aquilo que nós estudamos e com as nossas convicções, com aquilo que percebemos que funciona melhor.*”

As participantes referiram que, as medidas de segurança também passam por *documentação da informação* relacionada com a assistência, usando formulários próprios elaborados de acordo com aquilo que consideram ser relevante documentar no seguimento do PDP, assim como usar documentos em uso no Serviço Nacional de Saúde, como o Boletim de Saúde da Grávida e registo de nascimento. Uma das participantes refere o cuidado de obtenção do consentimento para recolha de dados pessoais.

E1: “*Eu tenho um formulário de registo que foi criado por mim, tendo em conta algum contacto com outro tipo de formulário, mas foi primeiramente criado por mim, é um formulário único.*”

E3: “(...) *Eu que construí os meus layouts para registo, e estão constantemente a ser modificados em função daquilo que eu considero ser mais prático, mais fácil registar tudo.*”

E4: “*Tenho um formulário próprio e registo também no boletim de saúde da grávida e fazemos a declaração de nascimento.*”

E5: “*Nós temos uma folha de registo também da gravidez, com os dados de toda a gravidez, análises, ecografias, dados pessoais e da história da daquela família. E depois, dentro do sistema, uma parte que é só para o trabalho de parto em que registamos a quando é que avaliamos todos esses parâmetros, quando é que me chamaram, se tem ruturas, se não tem. E depois, tipo um umas tabelas mais fáceis, depois de conseguir recolher dados em que, temos a data a hora, o peso, esses valores assim mais mensuráveis para podermos estudarmos os dados no fundo.*”

E8: “*Faz registos em documento próprio, assim como, o casal tem acesso a esses registos e assinatura de consentimento para a recolha dos dados.*”

Referem existir a necessidade de padronização de documentos de registo da assistência ao PDP, assunto que também está a ser trabalhado na APEO.

E2: “(...) Nós também estamos a trabalhar num documento da APEO para isso. Para no fundo, o nosso objetivo é uniformizarmos todos estes procedimentos. Criarmos aqui uma consistência e uma coerência ao nível nacional, portanto, estamos a trabalhar para isso, mas ainda não temos este documento de registos.”

E5: “(...) Nós estamos juntos com a APEO, nós fazemos parte do Comité da de Apoio ao Parto Domiciliar. E que já fizemos alguns documentos, como documento de transferência, todas juntas, e o documento de registo é uma das coisas que vamos fazer ainda este ano. Portanto, a ideia é que no país seja mais uniforme nos cuidados em casa.”

O trabalho em equipa é também uma garantia da segurança, pelo que as participantes referiram trabalhar em equipa com outra EEESMO, sobretudo no momento do parto, assim como referenciar para o médico de família ou obstetra em caso de necessidade.

E1: “Trabalho em conjunto com outra parteira, outra EEESMO, que vai comigo no dia do parto e as consultas são feitas apenas comigo neste momento.”

E2: “Eu trabalho com outra colega, eventualmente também há outras colegas parteiras principais que às vezes podem precisar da minha ajuda como parteira secundária, para fazer parte da equipa delas e eu também vou, sim. (...)”

E3: “Tenho alguns EEESMO em colaboração, nenhuma em full time, ou seja, são tudo part time em que as pessoas vão colaborando conforme, tem disponibilidade, mas, nos partos estamos sempre duas enfermeiras especialistas.”

E7: “Trabalho com uma colega. Eu acho que isso é também muito importante, sempre que há questões, há dúvidas, nós conversamos bastante e às vezes também acabamos por falar com outras colegas, e depois também referenciamos quando há alguma questão que nos preocupa ou que já sai fora do nosso âmbito, nós referenciamos para os médicos, para o médico de família ou para obstetra, conforme a situação e a preferência das nossas grávidas.”

O acompanhamento da gravidez é outra medida de segurança, que lhes permite vigiar/avaliar o risco e identificação precoce de anomalias.

E2: “(...) Para além de toda a avaliação do risco, que nós fazemos e que normalmente é feita também pelos profissionais que fazem a vigilância de saúde dessa grávida, mas para além dessa avaliação do risco, mesmo aquelas que são ditas de baixo risco, eu faço depois toda uma avaliação dos sinais de saúde, portanto, isto é feito ao longo da gravidez, porque eu no início não sei o que é que vai acontecer até ao fim, portanto, eu vou percebendo se aquela gravidez está a correr dentro daquilo que é “normal”, o que é fisiológico, que é suposto a acontecer.”

A elaboração de planos de parto em conjunto com a mulher/casal, é outra das medidas adotadas para o PDP. É feito um plano do parto em casa, outro plano de transferência/ida ao hospital e um plano de cesariana, com consideração a todos os cenários possíveis.

E4: “(...) Preparamos o plano B e C, sendo que o plano A seria a parto em casa, preparamos o plano B e C durante a gravidez, preparamos a transferência para que isto aconteça de forma fluida, embora seja muito raro haver transferências emergentes.”

E7: “(...) Ter os planos de parto bem estruturados e planeados, como é o plano “A”, que é o plano do parto em casa, como é que é o plano de transferência se for necessário, depois o que acontece no hospital, portanto o plano “B” será a ida para o hospital, ainda num parto normal e o plano “C” cesariana, portanto, tudo isto leva a melhor segurança e

resultados melhores.”

- **Material clínico para assistência ao parto**

Relativamente a material clínico para assistência ao parto, emergiram dos discursos das participantes três categorias, nomeadamente o *tipo de material* e a *escolha do material*.

O *tipo de material* necessário é referido pelas participantes, pela necessidade de ter material de suporte básico, material e medicação de emergência, e material para conforto.

O material de suporte básico referido permite, a vigilância do bem-estar materno-fetal, o atendimento ao parto e os cuidados imediatos ao recém-nascido:

E3: *“O básico mesmo, compressas, luvas, doppler para auscultação cardíaca fetal e clamps umbilicais, aquilo mesmo suporte básico, o material para depois pesar e avaliar o bebé, estetoscópio cardíaco, esfigmomanómetro, o monitor de tensão arterial de adulto, saturímetro neonatal, saturímetro de adulto, banheira para o parto e proteção individual. (...)”*

E6: *“No caso da mulher, temos o doppler, temos o espelho, lanterna, compressas, luvas. (...)”*

E7: *“É o doppler, para vigiarmos o bem-estar fetal, material para avaliação dos sinais vitais da mãe, o dinamap, o termómetro, essas coisas assim, (...) temos material para corte e clampeamento do cordão umbilical, material de sutura.”*

Para além do material clínico básico, o material e medicação de emergência, permite a reanimação do recém-nascido e em caso de complicação materna como a hemorragia pós-parto.

E3: *“(...) Material de emergência que vai desde oxigénio, a ambú neonatal e ambú adulto, soros para infusão, cateteres, depois todo o material da medicação como ocitocina, misoprostol, kanakion, todo material de suporte e material de sutura.”*

E4: *“Tenho ambú infantil e de adulto, tenho aspirador manual, tenho saturímetro adulto, tenho bisturi, tenho material de sutura, material de punção e soroterapia. (...)”*

E6: *“(...) Todo o material para depois termos tudo o que é necessário para se houver uma emergência, por acaso bebé, temos um aspirador, temos oxigénio, temos o ambú, temos monitor, medicação, soros e tudo o que é necessário para administrar isso, caso seja necessário.”*

E7: *“(...) Depois temos o material de emergência, portanto, reanimação do recém-nascido, por exemplo, ou para fazer face a hemorragias situações, de hemorragia pós-parto.”*

Também faz parte do material clínico, algum material para conforto da parturiente, sobretudo durante o trabalho de parto.

E3: *“(...) Para conforto como sacos térmicos, material de massagem, óleos essenciais, óleos vegetais, tenho um aparelhinho de eletroestimulação, embora use pouco, tenho rebozo, tenho banco de partos.”*

As participantes referiram que, a *escolha do material* clínico necessário para a assistência ao parto domiciliar, foi fundamentada na experiência profissional, por recomendação de peritos ou outros colegas, em pesquisa/protocolos.

E3: *“Em primeiro lugar, tinha a experiência daquilo que era necessário por ser enfermeira especialista, por ter trabalhado em contexto de sala de partos, portanto, comecei por aí pela minha experiência, depois fiz bastante investigação (...) e fiz também muita formação com parceiros de renome internacional e que orientaram no sentido daquilo que elas próprias utilizavam, o que é que seria importante, portanto, foi assim decidindo o que é que deveria levar comigo.”*

E4: *“Com base na experiência que eu trazia do hospital, foi com base no material que outros colegas tinham e fomos debatendo, foi com base nas minhas necessidades que eu ia sentindo na prática.”*

E7: *“Eu quando comecei a exercer em casa, comecei a exercer com uma colega que já fazia este trabalho há um mais tempo, e aí pronto eu fui conhecendo o material dela, etc., depois quando acabei por trabalhar por minha conta houve coisas que mantive iguais e outras que adicionei.”*

E2: *“Todo o material necessário (...) consta no documento, que já foi publicado estão no site da APEO. (...) Esse material está de acordo com aquilo que diz a literatura sobre isso, e aquilo que já usou os outros países que já têm este serviço operacionalizado, no sistema nacional de saúde.”*

E8: *“Habitualmente os materiais utilizados são os que estão na lista da APEO, a diferenciar a adição de alguns outros que considera ser necessário.”*

E5: *“Foi vendo quais são os protocolos, por exemplo, da OMS e por aí, de hemorragia pós-parto de reanimação da tanto da mãe como do bebé. (...) Portanto, fomos ver esses protocolos, qual o material que era necessário para podermos adquirir e ter connosco.”*

- **Emergências e transferência para o hospital**

No que diz respeito a *emergências e transferência para o hospital*, emergiu dos discursos a inexistência de experiência de emergência durante o PDP, sendo até considerado rara essa ocorrência.

E2: *“Não tive ainda nenhuma situação de emergência (...)”*

E7: *“Olha as emergências, eu diria que são muito raras no parto em casa.”*

E3: *“(...) era uma coisa rara, até há dois anos atrás (...)”*

Uma das participantes referiu que faz transferências por precaução, como forma de prevenir atempadamente alguma emergência:

E2: *“(...) já fiz algumas transferências, mas nunca por situações emergentes, sempre por precaução, portanto, estamos aqui, não temos nenhum sinal de risco, mas estamos aqui perante a ausência de alguns sinais de saúde, isso pode nos levar depois, eventualmente, virmos a ter uma situação de emergência e não queremos e, portanto, vamos transferir agora. (...)”*

E5: *“No caso das transferências, os casais optam por dizer ou não se estavam a tentar em casa, portanto, a maioria das transferências, temos foram tranquilas e foram por que a mulher estava há muitas horas, foi por exaustão. (...) Não havia motivo clínico e, por*

isso, a mulher foi para poder fazer epidural e dormir.”

Dos tipos de emergências com necessidade de transferência referidas, sobressaíram as maternas como a hemorragia no pós-parto ou relacionadas com o feto/recém-nascido como dificuldade respiratória, distócia de ombros, prolapso do cordão.

E3: *“(...) até ao momento estive à altura e que consegui dar resposta àquilo que surgiu, mas foram várias situações, de hemorragia pós-parto, tive um prolapso de cordão que nunca tinha tido na minha vida, nem no contexto hospitalar e tive num parto domiciliário, sem rotura artificial, portanto, foi numa ruptura espontânea e conseguimos fazer uma transferência e conseguimos que o bebé nascesse com apgar 9/10, portanto, apesar de um prolapso de cordão em contexto domiciliar, tive lacerações do cordão, portanto, tive assim algumas situações que nunca tinha vivido, todas terminaram bem, felizmente.(...)”*

E4: *“Sim, foi uma dificuldade respiratória do recém-nascido, era um bebé de 4.500 kg. Teve dificuldade em adaptar-se à vida fora do útero, teve dificuldade respiratória, foi aquecido, fez contato pele com pele com a mãe, foi feito ambú à nascerça, depois disso é que foi tudo simultâneo e ele recuperou gradualmente. Entretanto, voltou a piorar, ele, curiosamente, saiu do colo da mãe, voltou a piorar, então chamamos o INEM, a mãe foi ele também, foi tudo calmo, tranquilo. Ele tinha uma boa saturação, simplesmente tinha um gemido. (...)”*

E7: *“(...) Como te disse, quando há transferências, nós fazemos transferências bastantes atempadas. Então só chamei o INEM uma vez, e depois até foi uma situação que nós até resolvemos antes do INEM chegar, foi uma situação de uma distócia de ombros que fizemos as várias manobras externas e internas e depois reanimamos o bebé, precisou de reanimação. E quando chegou o INEM já nós tínhamos resolvido a situação, mas ainda assim pronto, a mãe acabou para ir para o hospital para ser observada e ficar ali vigilância o bebé também depois correu tudo bem (...)”*

Perante situações de transferência para urgência hospitalar, as participantes referiram que a *recetividade dos profissionais de saúde*, em relação a si própria e à/aos utente/s nem sempre é positiva.

E1: *“Não é que me tratem mal, mas também não me tratam bem. Aceitam às vezes a minha presença e eu transmito a informação e pronto, desde que eu asseguro que a informação é transmitida a quem de direito, está tudo bem. (...)”*

E2: *“(...) A recetividade por parte dos profissionais de saúde que se encontram nas instituições para as quais nós transferimos, é que é a mais complicada e nem sempre os profissionais fazem um bom acolhimento dos casais que chegam a pela tentativa falhada de um parto no domicílio. Portanto tem locais em que se realmente fizeram um bom acolhimento e a pessoa sentiu-se bastante respeitada, acolhida, até mesmo a partir daí, no próprio desenrolar do resto da situação, mas a maior parte é, tem experiências negativas mesmo.”*

E8: *“Percebe que quanto mais longe da capital, maior é o tabu e diferenciação na hora das transferências. Relata que as situações de julgamento são ainda mais terríveis quando recai sobre a mulher.”*

Por outro lado, outras participantes mencionaram perceber, em algumas das experiências, uma recetividade gradualmente respeitosa, ao longo dos anos, com menos juízos de valor e aceitabilidade.

E3: *“Tenho diferentes experiências ao longo dos anos, da minha opinião, tem vindo a melhorar, ou seja, a aceitabilidade pela questão das transferências, do meu ponto de vista que estou nisto há uns anos, tem vindo a melhorar. Ainda está longe de ser perfeita, mas de facto sinto que vai havendo um pouquinho menos de juízo de valor, pelo menos na nossa frente, digamos assim e mais aceitabilidade para ouvir o que temos a dizer, porque há uns anos atrás, a maior parte das vezes era um completo bloqueio, ou seja, não entrávamos, não nos deixavam falar e agora, neste momento, sinto que há mais respeito profissional e fico muito grata por isso e, nomeadamente na questão do prolapso de cordão, que foi o mês passado correu mesmo muito bem, a transferência e o bebé nasceu bem e não foi só pela minha atuação, foi também pela aceitabilidade no momento que chegamos ao hospital e toda a gestão, desde o momento que eu participei hospital que ia fazer a transferência e qual era o motivo até ao momento que o bebé nasceu, foi tudo bem gerido, quer do meu lado, quer do lado deles e portanto, isso fez com que o resultado final fosse fabuloso. (...)”*

E4: *“As pessoas foram sempre cordiais minimamente, pelo menos aqui em Lisboa, se existe necessidade de transferência, tentamos fazer sempre as pessoas o mais estável possível e se existe essa necessidade, não vamos esperar que a situação se agrave e, portanto, uma transferência precoce demonstra bons cuidados. (...)”*

E7: *“Eu não posso queixar, porque a maior parte das transferências que eu faço, são para um hospital que eu já sei que vamos ser bem recebidos. Isso é uma das coisas que nós também conversamos com os casais que acompanhamos, eles é que decidem, quando não são transferências não urgentes. A maior parte eles é que decidem para onde é que querem ir, mas muitas vezes eles acabam mesmo por decidir ir para esse hospital mesmo por causa disso, que eles já sabem que ali vão ser recebidos, que ali vão dar continuidade aos cuidados que ali vão respeitar o que desejam, então não me posso queixar. (...)”*

- **Entidade reguladora da profissão (Ordem dos Enfermeiros)**

No que respeita à entidade reguladora da profissão (Ordem dos Enfermeiros), uma das participantes referiu que existe reconhecimento das competências do EEESMO, pelo que a OE tem permitido que o exercício do PDP se mantenha.

E6: *“Permite porque efetivamente faz parte, reconhece as competências, (...) Mas também não são contra, portanto, nem a favor nem contra.”*

Todavia, as participantes consideram que o apoio é praticamente nulo, e falta regulamentação do exercício profissional no PDP.

E4: *“É nulo, não existe. Seria importante regulamentarem a prática. (...) Eu gostava que a prática fosse regulamentada (...) se houvessem protocolos, não precisavam de ser muito rígidos, eu sentir-me-ia mais respaldada.”*

E5: *“Não temos propriamente apoio, (...) as recomendações da Ordem sobre o parto no domicílio são muito antigas, (...) não foi lançado nada de novo.”*

E6: *“É pouco ou inexistente, mas falta legislar tudo isso de uma forma mais claro. (...) mas não tem propriamente documentos de apoio, nem protocolos de atuação, nem nada. Portanto, nessa área não tem nada que nos possa guiar.”*

E7: *“Da OE apoio nenhum, eles têm alguns pareceres, mas depois não tem mais nada. Fala-se que talvez haja para aí algumas orientações a seguir, mas nós não fomos consultados e o que eu gostava era primeiro que chamassem as pessoas que estão na*

prática para conversarmos, (...). Portanto, o que eu gostava mesmo era que houvesse mais comunicação e depois, alguma orientação, algum apoio, tanto orientação para prática como depois jurídicos à mãe.”

E8: *“É pouco ou inexistente.”*

Além disso, um ponto mencionado pela maioria das participantes, diz respeito ao desconhecimento da realidade na prática profissional pela OE, o que consideram poder vir a ser uma ameaça no futuro, sendo esse tema enfatizado nos discursos.

E3: *“(...) Sabemos que a Ordem nos últimos anos tem vindo a tentar elaborar uma, não é, uma regulamentação, com regras, critérios de elegibilidade, isso tudo e no dia que isso sair, não sei se está para breve ou não, mas acredito que vamos ter muito mais limitações na nossa atuação, porque isso é uma forma de nos castrar.”*

E1: *“Tenho algum receio desse documento porque a impressão que eu tenho é que eles não recorreram a peritos. (...) Ou seja, não recorreram a quem está na prática a trabalhar neste serviço. O que é muito importante, nem que fosse só uma pessoa a dar a visão de quem trabalha neste serviço e não uma visão de fora.”*

E7: *“(...) perceber o que nós precisamos, para perceber a realidade, porque quem conhece a realidade somos nós que estamos lá, e esta é uma realidade muito específica.”*

E8: *“A Ordem tem organizado um documento de maneira a regulamentar o parto domiciliar, no entanto sem conhecer a realidade por quem está a trabalhar de facto nesse contexto, sem contactar com os estudiosos da área do país.”*

Tabela 2

Prática profissional em contexto do PDP

Temas	Categorias	Subcategorias
Acessibilidade da/s utente/s aos serviços	Contactos disponíveis na internet	. Site pessoal . Instagram/outras redes sociais . Site da APDMGP . Rede Portuguesa de Doulas
	Por recomendação	. Anteriores clientes . Colegas . Doulas
	Início do contacto	. Preconceção . Gravidez
Medidas de segurança	Critérios de elegibilidade	. Gravidez de baixo risco . Questões emocionais . Feto único em apresentação cefálica . Gravidez de termo . Início espontâneo do TP . Domicílio próximo do hospital
	Documentação	. Formulário próprio . Folha de consentimento . Boletim de Saúde da Grávida . Declaração de nascimento
	Trabalho em equipa	. Com outra EEESMO . Referenciação para médico de família ou obstetra
	Acompanhamento durante a gravidez	. Vigilância/Avaliação do risco

		. Identificação precoce de anomalias
	Planos de parto	. Plano do parto em casa . Plano de transferência/ida para hospital . Plano de cesariana
Material clínico para assistência ao parto	Tipo de material	. Material de suporte básico . Material e medicação de emergência . Material para conforto
	Escolha do material	. Experiência profissional . Recomendação de peritos ou outros colegas . Pesquisa/protocolos
Emergências e transferência para o hospital	Transferências por precaução	
	Tipos de emergência com transferência	. Raras ou inexistentes . Maternas . Fetais/recém-nascido
	Recetividade dos profissionais de saúde	. Negativa em relação a si própria e à/aos utente/s . Recetividade gradualmente positiva
Entidade reguladora da profissão (Ordem dos Enfermeiros)	Reconhecimento das competências profissionais	
	Inexistência de regulamentação	
	Desconhecimento da realidade na prática profissional	

6.2. MOTIVAÇÕES PARA EXERCER EM CONTEXTO DE PDP

Relativamente à motivação para o exercício profissional em contexto de PDP, apresenta-se as categorias, subcategorias e unidades de registo, que emergiram a partir do tratamento e interpretação dos dados, como esquematicamente consta na Tabela 3.

• **Motivação inicial**

Para uma das participantes a motivação inicial, para o exercício profissional em contexto de PDP, surgiu desde cedo sendo um desejo de infância.

E3: *“A minha motivação já vem desde a infância, ou seja, eu desde que me lembro que que procurava em tudo quanto era enciclopédias de saúde. (...) Fascinava-me a mulher poder estar em casa, ter o apoio da parteira e só ir para o hospital, se de facto as coisas não estivessem a correr bem, mas fascinava-me a parte do apoio, do suporte e desse suporte serem contexto da sua casa.”*

Também emergiu a motivação desde a *formação de EEESMO*, procurando a partir daí a formação, considerada ainda ser necessária, para o exercício profissional na assistência ao PDP.

E8: *“Desde a especialidade já tinha o foco em trabalhar em contexto de parto domiciliar. Coursou a especialidade em Portugal, de modo a facilitar o seu exercício profissional no país de origem. De modo que logo após a conclusão do curso, foi a procura de*

formações, experiências e aprimoramento em outros países.”

E7: *“(...) Ainda fui para o Brasil também, quando estive a estudar no estágio da especialidade, ajudou me muito para ser mais autônoma e para ter mais confiança naquilo que eu queria, porque eu estava já muito decidida, que não era isto se faz aqui que eu queria (...).”*

Para algumas das participantes, a motivação emergiu da *experiência do seu parto no domicílio*.

E4: *“(...) Foi depois do nascimento do meu primeiro filho, que nasceu em casa, o segundo também. Mas eu tive muita dificuldade em voltar para o hospital, estive 2 meses a trabalhar e simplesmente eu já não me reconhecia naquela lógica e foi por isso.”*

E5: *“(...) Quando engravidei da minha primeira filha, eu decidi ter meu parto em casa e isso acho que foi a grande mudança. Eu já tinha assistido a parto no domicílio antes da minha filha nascer e tinha visto poder ser muito diferente. (...) Mas depois de viver, é muito difícil, depois continuar a trabalhar num sítio que não proporciona isso, porque sei o impacto que isso tem no bebé, na mãe, na família e por isso, aí foi a minha grande mudança, foi depois de ser mãe e, portanto, e de ter passado pela experiência em si e tentar dar aos outros aquilo que as minhas parteiras me deram a mim.”*

O *modelo de assistência diferente do hospitalar*, também foi uma das motivações, levando a que algumas das participantes não se identificassem com o modelo hospitalar que conheciam.

E1: *“Trabalhar da forma que eu acho que é mais adequada para as mulheres e permitir esta opção, tal como eu também a tomei, porque acho que as mulheres devem ter essa hipótese e porque não me sentia feliz a trabalhar no hospital.”*

E2: *“Eu trabalhei alguns anos no hospital, e no hospital aprendi imensas coisas como profissional que acompanha os trabalhos de parto, mas havia sempre ali algumas coisas que eu queria saber mais, porque fala se muito “a mas a gravidez e o parto não são nenhuma doença, isto é tudo normal a mulher está altamente preparada para isto”, mas depois chegava ali ao hospital e nós fazíamos tudo, (...) só que eu também não sabia, eu não tinha conhecimento para fazer de outra maneira, então acabei por ir à procura (...)”*

E6: *“A motivação foi efetivamente dar experiências melhores às mulheres, com muito mais qualidade e mais direcionadas para cada mulher, com mais presença e também mais disponibilidade e porque de facto, não me identifico com a forma como se trabalha no hospital.”*

E7: *“O meu desejo era trabalhar segundo o modelo de cuidados liderados por parteiras, que é o Midwife Led Care, que (...) tem inúmeras vantagens na literatura descritas e esta era a única forma de verdadeiramente eu trabalhar segundo esse modelo. Portanto, foi assim uma coisa muito natural. (...) para mim trabalhar no hospital sempre foi muito difícil, não me identifico, depois, às tantas acabei por desistir, trabalhar no hospital.”*

As participantes consideram que no domicílio *há maior respeito pela fisiologia do parto, menos intervencionista, existindo continuidade dos cuidados, num ambiente seguro e onde o cuidado é centrado na mulher*.

E4: *“O respeito pela fisiologia é muito maior, existe a possibilidade de dar tempo para que as situações desafiantes se resolvam, nomeadamente uma distócia de progressão que não está a resolver-se de outra forma, muitas vezes resolvemos essas questões só pela mobilidade, isso precisa de tempo. Não há tanta interferência, disrupção do processo como num hospital e porque a facilidade de intervenção é muito menor, portanto, permite*

realmente respeitar os processos que precisam se desenrolar de forma fisiológica.”

E5: *“Muda muita coisa e acho que uma das grandes coisas diferentes e continuidade de cuidados, portanto, o casal sabe que nós estamos ali do início ao fim. Não vai haver trocas de turnos, vai haver pessoas a trabalhar de forma diferente, já nos conhecem antes, portanto, estão tranquilos e confiam em nós. Acho que é muito isto do respeito pela vontade das famílias e a continuidade de cuidados, e o respeito pela fisiologia e a confiança na fisiologia no fundo.”*

E7: *“(…) é um modelo centrado na mulher, é um modelo de continuidade (…). É um modelo de continuidade, tanto na gravidez, parto pós-parto, portanto, eu acompanho até o primeiro mês de vida do bebé. (…)”*

E8: *“O facto de conseguir seguir as mulheres desde o início até após o nascimento do bebé, de maneira a dar continuidade do cuidado.”*

E6: *“(…) E por isso, sinto que em casa conseguimos ter as condições emocionais, pelo menos, mais tranquilas para que o trabalho de parto corra de uma forma mais espontânea, e no seu no seu tempo, ao seu ritmo e num ambiente mais protegido até de termos de bactérias e afins, o ambiente de casa, é sempre um ambiente mais protegido em termos de infeções.*

Tabela 3

Apresentação global das categorias e subcategorias emergentes relativas às motivações para exercer em contexto do PDP

Temas	Categorias	Subcategorias
Motivação inicial	Desejo de infância	
	Desde a formação de EEESMO	
	Experiência do seu parto no domicílio	
	Modelo de assistência diferente do hospitalar	<ul style="list-style-type: none">. Maior respeito pela fisiologia do parto. Menos intervencionista. Continuidade dos cuidados. Ambiente seguro. Cuidado centrado na mulher

6.3. DESAFIOS E OBSTÁCULOS ENFRENTADOS NA PRÁTICA PROFISSIONAL EM CONTEXTO DE PDP

No que diz respeito aos desafios e obstáculos enfrentados na prática profissional em contexto de PDP, apresenta-se as categorias, subcategorias e unidades de registo, que emergiram a partir do tratamento e interpretação dos dados, como esquematicamente consta na Tabela 4.

Na análise dos discursos emergiram desafios e obstáculos *ao nível da formação, ao nível social, ao nível profissional e ao nível pessoal.*

- **Ao nível da formação**

Um dos desafios e obstáculos que algumas participantes referiram foi ao *nível da formação* específica em ESMO, considerando que durante o curso de especialização não receberam formação específica para atuar no contexto do parto fisiológico que envolve assistência prestada em domicílio. A formação esteve muito *focada nos cuidados convencionais* existentes no SNS. Consequentemente, foi necessário adquirir esse conhecimento após a conclusão do curso de especialização.

E7: *“A formação base da especialização, é muito focada nos cuidados convencionais. Portanto, a gravidez e o puerpério são no centro de saúde e o parto do hospital. Portanto, esta é a realidade que nos oferecem, digamos assim, para estagiar, etc. Fala-se na parte teórica, um bocadinho, mas isso é muito pouco. (...)”*

Também foi considerado por uma das participantes que, em Portugal, há falta de expertise sobre o parto fisiológico, conhecimento fundamental na assistência ao PDP.

E2: *“Nós neste momento temos em Portugal, profissionais que têm um imenso conhecimento sobre o risco, sobre o problema e sobre como resolver esse risco, como tratar esse problema ou essa doença, mas faltam-nos muito profissionais que olhem para o normal e consigam ir percebendo, se as coisas estão a ser conduzidas dentro do normal e, portanto, está tudo bem, podemos deixar e permitir que continue, que a pessoa continue no seu processo sem qualquer intervenção, mas para isso precisamos de conhecer mesmo muito bem o normal. (...)”*

- **Ao nível social**

Da análise dos dados, emergiu que os *desafios* e obstáculos também estão presentes ao *nível social*, verificando-se *opinião pública desfavorável* ao PDP e *aceitação do modelo vigente* com tendência da grávida em procurar um médico obstetra.

E3: *“(...) Em termos mesmo da opinião pública, as pessoas em Portugal ainda são contra, a grande maioria das pessoas são contra esta opção e consideram insegura, portanto, há um juízo público, portanto, um julgamento público até muito antes do julgamento, de um possível julgamento criminal.”*

E5: *“Não é bem-visto, é cultural, porque se associa partos em casa, aquilo que foram os partos em casa, na altura das nossas avós e bisavós, que nada tem a ver com a parto em casa de hoje, não é que não tinha vigilância da gravidez, não tinha vigilância do trabalho de parto. Então associa-se muito essa altura e por desconhecimento que as pessoas não fazem ideia como é que nós trabalhamos, mas opinam, tem opinião sem saber.”*

E1: *“(...) Ainda há muita tendência de a pessoa acabar de engravidar e procurar um obstetra, em vez de procurar alguém que é especialista em fisiologia da gravidez, fisiologia do parto.”*

E7: *“(...) A falta de reconhecimento do nosso trabalho e um sentimento de trabalhar por fora do sistema.”*

- **Ao nível profissional**

Os desafios e obstáculos ao nível profissional, que emergiram dos discursos das

participantes, referem-se a dificuldade no acesso a recursos, destacando-se a burocracia envolvida para aquisição de materiais e também a dificuldade na aquisição de fármacos por impedimento da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos da Saúde, I.P. (Infarmed).

E1: *“Um dos principais desafios é precisamente a dificuldade de acesso a medicação e de equipamento e também, o exagero que existe para nós podermos adquirir isto. Se eu tivesse possibilidade de adquirir algum medicamento, que eu sei que é do uso recomendado, como por exemplo a oxitocina, a imunoglobulina anti-D, cá em Portugal tenho de encaminhar as famílias para o hospital. (...)”*

E2: *“Os materiais, equipamentos em si não é difícil acesso, têm custos elevados, naturalmente, mas nós conseguimos facilmente adquiri-los, aquilo que não conseguimos adquirir facilmente, é a medicação.”*

E3: *“É muito difícil, ou seja, há muita burocracia, neste momento, para mim é mais fácil porque, entretanto, abri recentemente uma empresa e clínica multidisciplinar, e sendo clínica fica mais fácil toda essa burocracia. (...)”*

E4: *“O material não é problemático, mas a medicação é muito problemática porque o Infarmed não nos permite ter acesso a medicação. (...) Existe também uma lei que diz que em urgência os enfermeiros podem administrar medicação, no entanto, não nos é permitido adquirir essa medicação, então é muito complicado.”*

E6: *“(...) Agora como temos empresa, tem sido mais fácil de adquirir os materiais, mas o que temos mais dificuldade em adquirir são os fármacos.”*

E7: *“(...) De maior parte dos materiais não, o mais complicado é a medicação e o oxigénio.”*

Duas participantes referiram sentir, como dificuldade no seu exercício profissional, a falta de suporte de equipa multidisciplinar. É um recurso que existe numa instituição hospitalar, mas do qual não dispõe, no seu exercício privado.

E4: *“A falta da equipa multidisciplinar, falta de institucionalização que para mim se traduz em falta de suporte. (...)”*

E7: *“(...) Depois a responsabilidade acrescida também, pelo facto de trabalhar por conta própria me traz desafios clínicos, às vezes estou um bocadinho isolada, apesar de ter um apoio dos colegas, mas seria bom ter outros apoios. No fundo, falta de apoio, trabalho em equipa multidisciplinar em situações de maior complexidade. (...)”*

Emergiu ainda uma outra dificuldade relacionada com os recursos, nomeadamente a falta de *comparticipação pelo estado ou seguradoras*, de pedidos de exames ou análises, levando à necessidade de utentes suportarem os custos ou terem de ser reencaminhados para o médico de família, assim como a assistência ao parto ter baixa participação.

E1: *“(...) A questão mesmo da própria vigilância da gravidez, não ter a possibilidade de passar credenciais para realizar exames ou análise, ou seja, obrigar que as pessoas ou paguem do bolso ou tenham que fazer o encaminhamento para médico de família, que não percebe nada de vigilância da gravidez, ou percebe muito pela rama, porque não deixa de ser um clínico geral.”*

E7: *“O facto das nossas prescrições para análise e exames de vigilância da gravidez não serem participados, nem pelo Estado, nem pelos seguros, bem como, os nossos cuidados no parto no domicílio terem apenas participação muito baixa, e se*

consegue se enquadrando uma pequeníssima parte em consulta de enfermagem ou preparação para o parto. (...)”

Outra situação emergente está relacionada com a *dificuldade nas transferências* para uma instituição hospitalar, considerado pelas participantes ser um desafio perante *as críticas dos profissionais* das instituições e o obstáculo existente ao nível da *comunicação com o hospital*, que compromete a acessibilidade e a rapidez no atendimento urgente.

E2: *“É termos esta crítica, sempre ali, a pesar-nos, por parte dos outros profissionais. Se nós precisarmos de uma transferência, as senhoras/ os casais vão ter que ir para esses locais onde vão ser recebidos por esses profissionais criticam, que não concordam, portanto, vão exercer sempre uma pressão muito negativa nos casais, e esse sentimento negativo, vai pesar sempre na nossa decisão sobre a transferência, há sempre ali uma tensão gerada à volta disso. (...) Mas depois também porque a própria transferência não é rapidamente agilizada, não permitem muito bem a acessibilidade, a facilidade, a comunicação e a rapidez. (...)”*

E3: *“As grandes dificuldades que sentimos tem a ver com a comunicação com o hospital, portanto ligar para a linha geral, pedir para passar a chamada, muitas vezes, não atendem outras vezes a chamada cai no meio das diferentes passagens de linha e torna muito difícil quando estamos perante uma situação de urgência, em que queremos comunicar que vamos transferir, por que motivo e que estamos a agilizar também a situação no contexto do domicílio. (...)”*

E5: *“O atraso na resposta pelo preconceito, isso é muito grave, porque as pessoas não validam aquilo que nós estamos a dizer e por isso vão atrasar a resposta que deveria ser rápida. (...)”*

Dos discursos das participantes também emergiu *falta de proteção e regulamentação*, que tem criado obstáculos ao exercício profissional reconhecido e à proteção legal dos EEESMO na assistência ao PDP.

E3: *“Quem trabalha no hospital até pode fazer muita coisa errada, mas de certa forma está mais protegido do ponto de vista, é inocente até prova em contrário, e quase não precisa de se defender, ou seja, os outros é que têm que provar que aquela pessoa foi negligente, porque a própria pessoa em si que se calhar quase nem precisa de se defender, portanto, a questão de que fez tudo o que estava ao alcance dela. Em casa é exatamente o oposto, ou seja, nós temos essa consciência que somos culpados até prova em contrário, até podemos ter feito tudo bem, mas estamos muito mais sujeitos a escrutínio legal (...) Portanto, em casa, quando as coisas correm menos bem, mesmo nós tendo atuado muito, muito bem estamos sujeitos a ser culpados até prova em contrário, e, portanto, somos nós que teremos que nos defender e sabe lá se conseguiremos defender-nos.”*

Relativamente à *futura regulamentação* desejada do exercício profissional em contexto de PDP, as participantes referem algum receio de que a mesma possa ser um obstáculo ao atual exercício e à filosofia de cuidados defendida.

E1: *“Neste momento, tendo em conta aquilo que me parece, tenho algum receio que isso possa levar a restrições tão grandes que seja impossível continuar a prática que tenho atualmente. (...)”*

E2: *“Um documento a regulamentar, acho que dificultaria porque iria criar muitas limitações. Mas algumas guidelines ou algumas recomendações para uniformizar*

determinadas práticas, acho que poderia ser útil, agora regulamentar isto, dessa forma, porque a forma como iam regulamentar ia ser muito limitativa, portanto, iria exigir o tal obstetra quando nós sabemos que não é necessário e não é prática nos outros países de todo, e eu acho que isso, iria limitar mais do que ajudar, provavelmente. (...)"

E5: "(...) Depende de quem fizer, se for feito por quem está a trabalhar num parto domiciliar, a que acredito que vai ser positivo, se for feito da maneira que achamos que vai ser, não acredito que vá ser uma coisa boa. Acho que faz sentido ser feito por quem está na prática, ser feito por qualquer outra pessoa não me faz sentido, porque não percebe por que não está dentro, porque não trabalha nisto."

E7: "Isso depende do que é que lá está escrito. Por isso é que um dos receios que eu tenho é de sair essa regulamentação e nós não sermos ouvidos. (...) E, não ser verdadeiramente em prol das mulheres que escolhem esta opção, que tomam esta opção, mas para nos dificultar a vida, às mulheres e a nós, esse é o meu receio, porque eu acho que haver orientações, acho que isso é muito importante, haver regulamentações, haver regras. Nós criamos, nós temos as nossas próprias regras, porque também queremos que as coisas corram bem. Mas isto, depende do que lá estiver escrito, a forma que for feito, quem fez."

- **Ao nível pessoal**

Dos discursos das participantes, imergiram algumas dificuldades ao nível pessoal por exercerem em PDP, nomeadamente pela *dedicação exclusiva* que a profissão exige, nomeadamente pela necessidade de *disponibilidade permanente* e pela *imprevisibilidade* das circunstâncias associadas ao PDP que exigem um alerta constante e o receio de falhar nesse âmbito.

E4: "Uma dificuldade é estar constantemente a chamada, cria muita ansiedade na pessoa, porque existe uma falta de previsibilidade na nossa vida. (...)"

E7: "(...) Estar sempre de chamada e o receio de falhar esta chamada, eu acho que qualquer parteira que trabalha no parto em casa, tem esse terror. Há esta dificuldade em desligar, no que diz respeito à disponibilidade, estamos sempre no WhatsApp. (...)"

Por outro lado, também a *gestão emocional* emergiu dos discursos das participantes, pela natureza da assistência ao PDP que favorece a *criação de expectativas* em conjunto com a/os utente/s, assim como a *tristeza e/ou decepção perante o fracasso*.

E7: "(...) Outra dificuldade é a gestão emocional, porque nos sonhamos junto com as famílias, desde o início nós conhecemos as pessoas, portanto, criamos expectativas juntamente com elas, também imaginamos aquilo que elas desejam e, portanto, quando há uma transferência, quando o parto não acontece como elas sonharam, nós também sofremos com isso e também ficamos tristes, também ficamos dececionados."

Por fim, ao nível pessoal emergiu também a *discriminação pelos pares*, sobretudo pela desvalorização do exercício profissional em PDP que pode levar a sofrimento.

E2: "Depende dos outros ESMO, se são colegas que têm abertura para isto, por exemplo, aqueles que prestam também este serviço ou alguns até que não prestam ainda ao serviço, mas que estão à procura para prestar, portanto, estão nesse caminho, esses reconhecem isto, e têm uma valorização do nosso trabalho muito grande, mas ainda não, a maior parte desvaloriza, eles criticam negativamente e acham que aquilo

que nós estamos a fazer é de uma irresponsabilidade profissional enorme, portanto, acham que nós não sabemos o que é que estamos a fazer, que somos meio loucos e que estamos a pôr em risco a vida, de bebés e de mulheres. (...) Normalmente é isto que acontece e inclusive os profissionais que eram colegas de trabalho, deixaram de querer relacionar-se comigo.”

E7: “Muitos que desconhecem a realidade que criticam e também há outros que tem curiosidade, que respeitam e colaboram, (...) é curioso porque eu sofria muito mais com esta questão, realmente quando trabalhava no hospital. Eu acho que também, como as pessoas não conhecem a realidade, também desconfiam do que é que nós fazemos, acho que é um bocado assim.”

Tabela 4

Apresentação global das categorias e subcategorias emergentes relativas aos desafios e obstáculos enfrentados na prática profissional em contexto de PDP

Temas	Categorias	Subcategorias
Ao nível da formação	Focada nos cuidados convencionais	
	Falta de expertise sobre o parto fisiológico	
Ao nível social	Opinião pública desfavorável	. Prática insegura . Aceitação do modelo vigente
Ao nível profissional	Dificuldade no acesso a recursos	. Burocracia . Aquisição de fármacos . Suporte de equipa multidisciplinar . Comparticipação pelo estado ou seguradoras
	Dificuldade nas transferências	. Comunicação com o hospital . Críticas dos profissionais
	Falta de proteção e regulamentação	
	Futura regulamentação	
Ao nível pessoal	Dedicação exclusiva	. Disponibilidade permanente . Imprevisibilidade
	Gestão emocional	. Criação de expetativas . Tristeza e/ou decepção perante o fracasso
	Discriminação pelos pares	

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A seguir, procedemos à exposição sistemática da discussão dos resultados obtidos, com o propósito de abordar os objetivos delineados e de fundamentar os resultados de acordo com as fontes bibliográficas pertinentes, incluindo estudos publicados sobre a temática estudada.

PRÁTICA PROFISSIONAL EM CONTEXTO DE PDP

Acessibilidade da/s utente/s aos serviços

Com base na apresentação dos resultados, foi possível identificar que as utentes acedem aos serviços do parto domiciliário através dos contactos disponibilizados na internet, nomeadamente no site pessoal, Instagram/outras redes sociais, site da APDMGP e na Rede Portuguesa de Doulas, e por recomendação, sobretudo por parte de anteriores clientes, outras colegas e doulas, passando a informação de boca-a-boca.

Conforme Souza (2005), a internet exerce um papel significativo como ferramenta de divulgação de informações e comunicação. Essas fontes promovem os benefícios do parto natural e menos intervencionista, apresentam abordagens alternativas para o pré-natal, o parto e o pós-parto, e disponibilizam serviços de assistência ao parto em ambiente domiciliar.

Dessa forma verificou-se que as participantes geralmente recorrem à internet para promover o seu trabalho através de websites, redes sociais e outras ferramentas digitais. Isso permite que as profissionais alcancem um público mais abrangente e apresentem informações sobre os seus serviços, filosofia e abordagem de cuidados.

Relativamente a altura que ocorre o primeiro contacto, as participantes afirmaram que existe uma grande variação, com algumas mulheres/famílias a estabelecerem contacto desde a preconceção, antecipando a procura de informação. Assim como, pode ocorrer durante a gravidez, variando desde o primeiro trimestre, segundo ou terceiro. No entanto, é mais raro durante o último trimestre de gestação, devido ao número reduzido de profissionais a atuar nesse contexto. Dessa maneira é aconselhado pelos profissionais que esse contacto ocorra o mais breve possível, preferencialmente no primeiro trimestre de gestação.

Visto que, a preparação para o parto começa com a decisão pela via de parto. Na preparação para o parto, as famílias buscam profissionais e serviços de saúde que possam proporcionar essa experiência, levando em consideração e respeitando suas expectativas e desejos. Com o objetivo de receber uma assistência menos intervencionista, as mulheres buscam orientações e recomendações de outras mulheres, e procuram profissionais de saúde ou instituições que apoiam o parto normal e fisiológico (Prates et al., 2017).

Além disso, a preparação para a vivência do parto no domicílio permite o preparo tanto do físico e mental e do ambiente. Consequentemente, torna-se essencial a construção de uma

relação de confiança, bem como o envolvimento emocional e afetivo entre todos os envolvidos no processo, incluindo o profissional que presta assistência ao parto (Menezes; Portella & Bispo, 2012).

Neste contexto, o pré-natal adquire uma dimensão alargada, onde a prevenção de riscos é apenas um dos elementos na preparação para o parto que vai para além das noções puramente biológicas (Souza, 2015). Portanto, a busca de informações e a construção de conhecimentos junto ao profissional que assistirá ao parto são consideradas dos preparos importantes (Menezes; Portella & Bispo, 2012).

Medidas de Segurança no contexto do PDP

Relativamente as medidas de segurança adotados pelas participantes no contexto do PDP, foram identificadas providências relacionadas aos critérios de elegibilidade, documentação da informação, trabalho em equipa, acompanhamento durante a gravidez e planos de parto.

Os critérios de elegibilidade são utilizados como uma ferramenta para facilitar uma abordagem prática e segura, baseada nas evidências científicas podendo acarretar no aumento da credibilidade, responsabilidade e resolubilidade neste atendimento. Isso permite a inclusão segura da mulher no parto domicilia planeado (Colossi, 2017). Embora cada país possua um protocolo próprio na definição desses critérios, de maneira geral alguns dos critérios incluem factores como a saúde materna, a posição fetal, a idade gestacional, a presença de condições médicas pré-existentes, entre outros aspetos que possam influenciar a segurança do PDP.

De acordo com Colossi (2017), há consenso entre os guias/protocolos de diferentes países de que o critério fundamental para o parto em casa é uma gestação a termo, ou seja, entre 37 e 41 semanas, com a presença de um único feto em apresentação cefálica, caracterizando assim uma gestação de risco habitual.

As participantes apontaram que habitualmente cumprem as recomendações propostas pela OMS, da Ordem dos Enfermeiros, bem como a APEO em relação aos critérios de elegibilidade.

A APEO é uma organização profissional que representa EEESMO em Portugal. Fundada em 2004, tem como objetivo promover o desenvolvimento e a valorização da profissão de enfermagem obstétrica em Portugal, defendendo os interesses dos profissionais e melhorando a qualidade dos cuidados de saúde materna e obstétrica no país. A APEO também incentiva a formação e a investigação na área da enfermagem obstétrica, além de apoiar a cooperação entre EEESMO e outras entidades nacionais e internacionais envolvidas na prestação de cuidados de saúde materna e obstétrica. O Comité de Apoio ao Parto Domiciliar, que é parte integrante da APEO, elaborou um documento que promove a implementação de práticas seguras e baseadas em evidências para o parto domiciliar em

Portugal.

De acordo com o documento mencionado pelas participantes, algumas das recomendações da APEO para a assistência em contexto do PDP incluem: a realização por EEESMO devidamente legalizados para exercer sua profissão em Portugal; a realização habitualmente por no mínimo duas EEESMO; garantir que o domicílio onde será realizado o parto tenha condições higiênico-sanitárias adequadas; proximidade de uma instituição de saúde com urgência obstétrica e neonatologia; acompanhamento de uma gestação vigiada e com baixo risco de complicações; trabalho de parto com início espontâneo, após as 37 semanas de gravidez; e resultado de exame de Streptococcus Grupo B desconhecido ou negativo (APEO, 2022).

Relativamente ao trabalho em equipa, as participantes destacaram a sua importância, uma vez que esta prática é recomendada tanto pela APEO quanto pela OE, conforme estabelecido no Parecer MCEESMO 31/2013. Além disso, a presença de duas EEESMO permite a partilha de conhecimentos e experiências, o que contribui para elevar a qualidade dos cuidados prestados. O trabalho colaborativo pode proporcionar maior tranquilidade e segurança, tanto para as mulheres atendidas quanto para a equipa. Essa abordagem conjunta também permite que as profissionais ofereçam assistência mais especializada e segura, com suporte disponível no caso de necessidade de transferência da mulher para um serviço hospitalar.

A decisão pelo parto domiciliar é tomada a partir das informações diferenciadas acerca da segurança deste procedimento para mãe e bebé (Prates et al., 2017). De modo geral, é considerado critério de inclusão pelos profissionais que assistem ao PDP, as mulheres consideradas de risco obstétrico habitual, nesse sentido a avaliação do risco serve para a prestação da assistência ao parto domiciliar de maneira mais segura. Além disso, a avaliação de risco desempenha um papel essencial na planificação e execução do parto domiciliar planeado.

No presente estudo, foi mencionado a relevância de realizar a avaliação do risco no decorrer dos acompanhamentos, a fim de assegurar que a gestação esta a decorrer de maneira fisiológica e dentro dos parâmetros indicados.

A elaboração de planos de parto em conjunto com a mulher/casal, é outra das medidas adotadas para o PDP. É feito um plano do parto em casa, outro plano de transferência/ida ao hospital e um plano de cesariana, com consideração a todos os cenários possíveis.

Conforme Diniz (2001), o plano de parto a ser elaborado durante o pré-natal, serve como uma oportunidade comunicativa e educativa para todos os membros da equipa, que agora passa a abarcar também, além dos profissionais, a mulher e eventualmente membros da família. Dessa maneira, a incorporação deste plano no atendimento pretende estabelecer uma

conceção de parceria entre as usuárias e prestadores de serviço e uma maior simetria nesta relação.

Portanto, a promoção do plano de parto no contexto do PDP, auxilia a orientar a mulher/família a compreender as alternativas disponíveis e a tomar decisões esclarecidas em relação ao momento do parto e aos cuidados que pretende receber. Além disso, o plano de parto tem o potencial de assegurar que os desejos e preferências da mulher sejam respeitados.

Além disso, uma das participantes mencionou o cuidado de obtenção do consentimento para recolha de dados pessoais. O conceito de consentimento informado destaca a responsabilidade do profissional de saúde em fornecer informações embasadas em evidências científicas ao utente. Isso permite que o utente tome uma decisão consciente e informada sobre os procedimentos a serem realizados, podendo concordar ou não com eles (Souza, 2005).

Os resultados deste estudo evidenciaram que a documentação da informação também se revela como uma medida de segurança adotada pelas participantes durante a assistência. Visto que são utilizados formulários próprios elaborados de acordo com aquilo que consideram ser relevante documentar no seguimento do PDP, assim como usar documentos em uso no Serviço Nacional de Saúde, como o Boletim de Saúde da Grávida e registo de nascimento.

O registo da assistência prestada durante o contexto do PDP é de extrema importância, pois além de garantir a segurança tanto da mãe quanto do bebé, em situações de complicações, também serve como um documento de respaldo legal das condutas adotadas pelo profissional. “É de grande importância sua adequada documentação para respaldo do seu fazer profissional, além de ser um subsídio para tomada de decisão” (Silva et al., 2019, p.7).

Foi igualmente abordada a necessidade de padronização dos documentos de registo da assistência no âmbito do PDP, um assunto que está a ser trabalhado na APEO. Esta iniciativa tem como objetivo facilitar a leitura, organização e partilha de informações entre as equipas dos diversos serviços envolvidos, com vista a aprimorar a qualidade do atendimento.

Entende-se que esses registos são elementos fundamentais no processo de cuidado, uma vez que, quando elaborados de maneira que reflitam a realidade a ser documentada, permitem a comunicação contínua e podem ser utilizados para diversas finalidades, como pesquisa, auditoria, procedimentos legais, planeamento e outras (Matsuda et al., 2006).

Nesse sentido, a uniformização dos registos pode trazer vantagens tanto para a organização como para a qualidade das informações das profissionais que atuam no âmbito do PDP. Isso ocorre porque um registo padronizado simplifica a leitura e interpretação dos dados por outros profissionais envolvidos no cuidado da mulher e do recém-nascido. Assim como a

disponibilização de dados concretos relativos a este tipo de assistência.

Material clínico para assistência ao parto

Segundo partilhado pelas participantes, a assistência ao parto no domicílio não elimina a necessidade de materiais e medicamentos. Estes são utilizados com critério para assegurar o cuidado e a segurança da mulher e do bebê. Assim, as participantes realizam uma preparação antecipada para garantir a disponibilidade dos dispositivos e recursos fundamentais para o processo de assistência à mulher e ao recém-nascido.

É relevante enfatizar que a assistência ao PDP não exclui a utilização de materiais/tecnologias. Da mesma forma, mesmo com todos os recursos materiais disponíveis, as parteiras fazem uso criterioso apenas quando é necessário. No entanto, esses materiais são necessários, visto que garantem a segurança para o profissional e possibilitam o exercício de sua autonomia fora do ambiente hospitalar (Silva et al, 2019).

No que concerne aos materiais essenciais para a assistência ao PDP, as participantes relatam possuir um amplo conjunto de materiais, que vai desde itens de suporte básico, como luvas e compressas, até materiais de emergência, como oxigênio e medicamentos para situações de urgência. Adicionalmente, também são utilizados materiais destinados a proporcionar conforto à mulher, como bolas de pilates e bancos de parto.

Conforme mencionado pelas participantes, a seleção dos recursos empregados na assistência é fundamentada em suas experiências profissionais anteriores, como no contexto hospitalar, e também nas orientações estabelecidas, provenientes OMS, bem como das formações específicas para o parto domiciliar. Além disso, algumas das participantes realçaram o uso da lista de materiais clínicos básicos recomendada pelo Comitê de Apoio ao Parto Domiciliar da APEO como um ponto de referência para a assistência ao PDP (Anexo II).

Emergências e transferência para o hospital

No presente estudo emergiu dos discursos a inexistência de experiência de emergência durante o PDP, sendo até considerado rara essa ocorrência e os casos de transferências na maior parte das vezes ocorreram de maneira preventiva.

Segundo Pereira et al. (2020), a transferência no PDP é uma situação que pode ocorrer por decisão da equipa, após uma avaliação metódica baseada em evidências científicas, ou a pedido da própria mulher, seja devido a exaustão ou em busca de analgesia. Dos tipos de emergências com necessidade de transferência referidas referidos no estudo, sobressaíram as maternas como a hemorragia no pós-parto ou relacionadas com o feto/recém-nascido como dificuldade respiratória, distócia de ombros, prolapso do cordão.

Embora algumas das participantes tenham observado uma mudança gradual ao longo dos anos em direção a uma atitude mais respeitosa, com menos julgamento e maior aceitação, a maioria delas relatou que a receptividade dos profissionais de saúde em relação a elas e as mulheres/famílias nem sempre é positiva. Elas descreveram esse momento como frequentemente marcado por sentimentos de frustração e tensão devido a possíveis julgamentos por parte da equipa hospitalar.

Esse facto também é evidenciado por alguns estudos, como destaca Sanfelice et al. (2014) recepção institucional, muitas vezes, não é realizada de maneira acolhedora, uma vez que a maioria dos profissionais não está de acordo com o atendimento obstétrico domiciliar, o que resulta em uma situação tensa e constrangedora. A experiência partilhada nessas circunstâncias, tanto pelas profissionais como pelas mulheres que optam pelo parto em casa, é caracterizada por ameaças, retaliações, atribuições de responsabilidade e um tratamento hostil por parte da equipa de saúde hospitalar. Essa ocorrência, no entanto, revela uma significativa falta de integridade ética, bem como configura uma violação dos direitos humanos (Pascoto et al., 2020).

Ainda, os relatos das participantes trouxeram contribuições significativas sobre os aspetos abordados e revelaram, em alguns casos mais sérios, a presença de omissão enfrentada pelas mulheres e pelas profissionais durante essas transferências, envolvendo diferentes serviços. Além disso, conforme demonstrado pelos discursos presentes neste estudo, a literatura também salienta que, diante desta situação de vulnerabilidade, as famílias, ao chegarem ao hospital, têm a tendência de ocultar a tentativa frustrada de um parto em casa, buscando evitar possíveis julgamentos e represálias (Geerts et al., 2014).

Para Almeida e Araújo (2020), os profissionais também enfrentam dificuldades na comunicação direta entre o profissional, a rede de urgência e emergência e o hospital de referência da parturiente, o que dificulta o acesso de parturientes que necessitam de transferência para a rede hospitalar.

Ademais, o estudo revelou que apesar de seguirem os critérios relativos à proximidade do parto domiciliário a uma instituição hospitalar, ainda se deparam com obstáculos para as concretizar. Em alguns casos, verifica-se uma demora no deslocamento da equipa de emergência até ao domicílio e, subsequentemente, até ao hospital. Além disso, no que diz respeito à comunicação, as profissionais, com o intuito de transmitirem o quadro clínico e os motivos que justificam a necessidade de transferência, visam estabelecer contacto com a equipa de obstetria do hospital. No entanto, é comum encontrarem dificuldades em estabelecer uma comunicação direta, resultando na impossibilidade de transmitir tais informações.

A literatura relacionada com as transferências em partos domiciliares é vasta, especialmente nos países que incorporaram esse serviço nos seus sistemas de saúde. Um estudo realizado nos países nórdicos revelou que as taxas de transferência durante o trabalho de parto variaram entre 24,0% para primíparas e 4,8% para múltiparas (Blix et al., 2016). Isso indica que essa é uma situação prevista que pode ocorrer e não deve ser utilizada como razão para desacreditar a segurança do parto domiciliar. Pelo contrário, isso valida a qualidade do serviço prestado pelas parteiras ao reconhecerem o momento apropriado para intervir e transferir quando identificam uma situação de risco.

Apesar deste estudo não se centrar na análise das razões para as transferências, as participantes referiram que, geralmente, efetuam as transferências de forma criteriosa. Na maioria das situações, as transferências ocorrem devido à exaustão materna, trabalho de parto prolongado e necessidade de avaliação médica do recém-nascido. Conforme indicado por Koettker, Bruggemann e Dufloth (2011), os profissionais optam por realizar transferências de forma oportuna devido à ausência de um sistema de referência e contra referência adequado, visando assim a minimização de potenciais riscos tanto para a mãe como para o feto.

Neste sentido, considerando que a realização das transferências representa um dos critérios essenciais para assegurar a devida assistência ao PDP, é de extrema importância estabelecer um fluxo de comunicação eficaz entre as partes envolvidas, ou seja, a instituição de saúde e a equipa responsável da prestação de cuidados durante o parto domiciliar. Essa comunicação desempenha um papel fundamental ao possibilitar e legitimar a transferência hospitalar sempre que se revele necessária (Pascoto et al., 2020).

Entidade reguladora da profissão (Ordem dos Enfermeiros)

Alguns países demonstram maior favorabilidade à atuação das enfermeiras obstetras no parto domiciliário, disponibilizando este tipo de assistência integrada ao sistema de saúde. Em Portugal, por outro lado, existe uma lacuna em relação à regulação, legislação e protocolo para a assistência ao parto no domicílio. De facto, na prática, a escolha do local de parto não é proibida, embora não seja encorajada e divulgada.

Relativamente a Ordem dos Enfermeiros, entidade reguladora do exercício profissional dos enfermeiros em Portugal, não possui um posicionamento oficial declarado em relação ao parto domiciliário. Somente em 2013 a entidade emitiu algumas recomendações, estabelecendo diretrizes de boas práticas em relação a prática do PDP.

Conforme o Parecer Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) 33/2013, esclarece-se que, apesar da inexistência de legislação específica para a prática do parto domiciliário planeado, tal facto não invalida as competências

profissionais legalmente reconhecidas das EEESMO/parteiras, sendo a condução do parto normal uma das suas competências. Adicionalmente, o Parecer MCEESMO 31/2013 enfatiza que a decisão de optar pelo parto domiciliário deve ser informada e exclusiva do casal que pretende essa escolha.

Consoante o discurso das participantes no estudo, verifica-se por parte da OE um desinvestimento em relação ao parto domiciliário, bem como uma falta de disposição para estabelecer um diálogo relativo a esse tema. Adicionalmente, as participantes externaram preocupações acerca das intenções da entidade, mencionando inclusive a intencionalidade de ser elaborado um documento formal relacionado com a prática das EEESMO no âmbito dos partos no domicílio. Esta apreensão surge do facto de que o mencionado documento poderia ser elaborado por indivíduos sem o conhecimento especializado da área, resultando em eventuais restrições e limitações à prática neste contexto.

MOTIVAÇÕES PARA EXERCER EM CONTEXTO DE PDP

Motivação inicial

A atuação do EEESMO em PDP é influenciada por diversas motivações e valores, os quais variam conforme cada profissional. As participantes destacam várias motivações que favorecem a sua participação na assistência ao parto domiciliar. Eventualmente essas motivações ultrapassam considerações meramente práticas e estão ligadas à busca por uma experiência mais significativa e gratificante, tanto para as mulheres atendidas como para as próprias enfermeiras parteiras.

Os resultados evidenciaram que algumas das participantes encontraram motivação para trabalhar nesse contexto como um desejo de infância, a partir da formação da especialidade, experiências pessoais, como terem vivenciado o próprio parto em casa.

Da mesma maneira, outras participantes expressaram que, ao longo das suas trajetórias profissionais, adquiriram a percepção de que o modelo de assistência predominante nas instituições de saúde não possibilitava o desenvolvimento das suas práticas profissionais em consonância com os valores e conhecimentos adquiridos durante a sua formação e aperfeiçoamento. Esse desalinhamento levou-as a procurar uma abordagem alternativa que permitisse uma atenção mais completa e personalizada às mulheres, colocando-as no centro do cuidado e respeitando a sua autonomia. Como resultado, o parto domiciliar emergiu como uma via para oferecer uma assistência mais coerente com as suas convicções e para proporcionar uma experiência de parto que valorizasse a fisiologia do nascimento.

Os resultados presentes na literatura reforçam a presença recorrente desses sentimentos entre os profissionais que decidem atuar no contexto do PDP. De um modo geral, esses profissionais enfrentam um sentimento de inquietação perante o modelo intervencionista

adotado na prática do parto hospitalar (Mattos, 2012), o que normalmente conduz a que muitos optem por se afastar da prestação de cuidados nas instituições.

Considerando que a atuação da EEESMO deve-se basear no equilíbrio entre tecnologia e fisiologia do parto, com um cuidado centrado na mulher. A autonomia e a liberdade representam factores que exercem influência significativa em ambos os lados da assistência ao parto domiciliar planeado tanto as mulheres, durante o processo gestacional e de parto, quanto as enfermeiras obstetras que podem experienciar esse tipo de assistência de acordo com o modelo em que acreditam e defendem.

As participantes destacaram que o parto domiciliar oferece diversas contribuições para a sua prática profissional. Primeiramente, ele proporciona autonomia profissional, permitindo que as profissionais promovam os cuidados de acordo com suas convicções e conhecimentos adquiridos, promovendo práticas baseadas em evidências e respeitando a fisiologia do parto.

A assistência prestada pelas parteiras valoriza a fisiologia do processo de parto, com o objetivo de reduzir intervenções desnecessárias e aumentar os índices de partos normais e de satisfação das mulheres (Sandall et al., 2016). Tal abordagem favorece o cuidado obstétrico centrado na fisiologia do parto, na liberdade para à mulher expressar-se e vivenciar essa experiência de forma respeitosa e segura (Almeida e Lopes, 2022).

Além disso, o domicílio como local de cuidado no parto permite que as enfermeiras parteiras respeitem o tempo do processo parturitivo, sem intervenções desnecessárias, proporcionando um ambiente mais acolhedor e tranquilo para a mulher e sua família. Por fim, as participantes ressaltaram que essa liberdade de atuação e a capacidade de oferecer um cuidado individualizado são aspetos gratificantes e motivadores.

No contexto do parto domiciliar, à mulher tem a oportunidade de exercer sua autonomia de maneira plena, sendo respeitados os seus desejos pela equipa que a assiste. É nesse ambiente que ela encontra segurança para vivenciar a experiência da parturição, um momento singular que requer tranquilidade e privacidade (Oliveira et al. 2020). A centralidade do parto domiciliar reside na colocação da mulher como protagonista e detentora do controle, reconhecendo-a como sujeito ativo e capaz de perceber o que é melhor para o seu próprio corpo. A equipa de assistência atua como facilitadora e guardiã desse momento, proporcionando suporte e orientação conforme necessário.

A possibilidade de estabelecer uma relação de proximidade e intimidade com as mulheres e suas famílias. No domicílio, as enfermeiras parteiras têm a oportunidade de conhecer as mulheres em um ambiente familiar, compreender suas necessidades individuais e estabelecer uma conexão mais profunda. Essa relação de confiança e proximidade é fundamental para um cuidado mais humanizado e personalizado.

Dessa maneira, o trabalho no domicílio permite que as enfermeiras parteiras atuem de acordo com suas convicções e valores, promovendo práticas baseadas em evidências e respeitando a fisiologia do parto. Essa liberdade de atuação e a capacidade de oferecer um cuidado individualizado são aspectos gratificantes e motivadores para essas profissionais.

Portanto, essas motivações, como a possibilidade de estabelecer uma relação próxima com as mulheres e famílias, atuar de forma alinhada com suas convicções e presenciar o poder do parto, fazem com que o trabalho das enfermeiras parteiras no domicílio seja mais gratificante e significativo, contribuindo para uma experiência de parto mais positiva e satisfatória para todas as envolvidas.

DESAFIOS E OBSTÁCULOS ENFRENTADOS NA PRÁTICA PROFISSIONAL EM CONTEXTO DE PDP

Nível da formação

Através deste estudo, foi igualmente possível observar que as participantes, enfrentam diversos desafios e obstáculos no contexto do PDP. Estes desafios manifestam-se em diferentes áreas, abrangendo a nível da formação, social, profissional e pessoal.

Um dos desafios e obstáculos que algumas participantes mencionaram diz respeito à formação específica em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (ESMO). A dificuldade se encontra pelo facto de não receberam treinamento específico para atuar no contexto do parto fisiológico que envolve assistência domiciliar. Em vez disso, a formação estava fortemente direcionada para os cuidados convencionais oferecidos no âmbito do Sistema Nacional de Saúde. Como resultado, foi necessário adquirir esse conhecimento de forma independente após a conclusão do programa de especialização.

Dessa maneira percebe-se que a própria formação das EEESMO, a qual atualmente está muito mais concentrada em procedimentos médicos e no manejo de complicações obstétricas, em detrimento do cuidado centrado na fisiologia do parto e no apoio ao parto natural. Isso resulta em uma perda da essência do trabalho dessas profissionais, que consiste em proporcionar um acompanhamento que respeite a fisiologia do nascimento.

Conforme referido por Oliveira et al. (2020), a formação na especialização, por si só, confere ao profissional a capacidade a atuar no âmbito do PDP. Torna-se, por isso, necessário a aquisição de competências técnicas para iniciar o percurso em direção à prestação de cuidados nesse contexto. Nesse sentido, é importante salientar que a especialização, apesar de ser crucial para estabelecer uma base sólida de conhecimentos, não é capaz por si só de qualificar diretamente o profissional a atuar no âmbito do parto domiciliário.

Dado que o desenvolvimento profissional desempenha um papel crucial na garantia da

qualidade da assistência prestada no contexto do parto em domicílio, a capacitação profissional e o constante aprimoramento com base em evidências científicas são imprescindíveis para que o profissional se qualifique, especialmente no contexto do parto domiciliário, e esteja preparado para intervir em diversas circunstâncias (Oliveira et al., 2020).

Assim sendo, os relatos das participantes ofereceram contribuições significativas acerca da importância da formação das EEESMO em relação à sua essência, isto é, a compreensão da fisiologia da gestação, parto e pós-parto. Ainda que as participantes reconheçam a importância de adquirir conhecimento acerca de intervenções e patologias, elas expressaram a opinião de que a formação dos profissionais ESMO deveria dedicar um maior enfoque à compreensão da fisiologia e do processo natural do parto.

Adicionalmente, a carência de formação e treinamento adequados em relação à fisiologia do nascimento tem contribuído para a falta de confiança por parte dos profissionais nesse processo, resultando em uma abordagem mais voltada para intervenções. Isso acontece devido à possibilidade de considerarem o parto como um evento imprevisível e arriscado, o que acaba levando a uma postura mais interventiva para controlar o processo de parto.

Este é um ponto de reflexão importante diante da necessidade de revisar e aprimorar os programas de formação das EEESMO, com o propósito de estabelecer uma base sólida de conhecimento essencial da enfermagem. Tal fundamento possibilitará uma abordagem centrada na mulher e respeitosa do curso natural do parto, com base nas evidências científicas. Essa iniciativa requer a implementação de uma formação abrangente, que englobe tanto as intervenções necessárias quanto a compreensão dos processos normais do organismo durante a gravidez, o trabalho de parto e o pós-parto.

Ao valorizar e fortalecer esse embasamento de conhecimento fisiológico, as EEESMO estarão mais bem equipadas para prestar cuidados de alta qualidade, fundamentados em evidências científicas e alinhados com as necessidades e preferências das mulheres, independentemente do contexto onde ofereçam essa assistência.

Nível social

A nível social, destacaram-se a opinião pública desfavorável por parte de outros profissionais e da sociedade em geral em relação ao parto domiciliário.

O preconceito e a falta de informação sobre o parto domiciliar dificultam a tarefa das enfermeiras obstetras, sujeitando-as a um constante julgamento social (Pascoto et al., 2020). Para as participantes frequentemente, ao longo do seu percurso profissional foi necessário ultrapassar situação que envolviam o preconceito e desaprovação relacionado a sua prática.

A atitude discriminatória parece ser decorrente da falta de informações sólidas a respeito dos

protocolos e práticas envolvidos nos cuidados durante o parto em ambiente domiciliar. Além disso, esta visão desatualizada e negativa sobre o parto domiciliar compromete a prática das profissionais e prejudica a continuidade dos cuidados prestados às mulheres que escolhem este modelo de parto (Pascoto et al., 2020).

Segundo os relatos das participantes, a disseminação da desinformação e o consequente julgamento em relação ao parto domiciliar têm um impacto direto no reconhecimento do trabalho realizado pelas EEESMO. Adicionalmente, a ausência de políticas públicas adequadas e a falta de integração no SNS contribuem para a falta de reconhecimento deste contexto de nascimento, tanto por parte da sociedade quanto por outros profissionais de saúde. Como resultado, as participantes identificaram que a falta de reconhecimento por parte das autoridades governamentais afeta não apenas as profissionais, mas também as mulheres que desejam ter os seus partos em casa.

Além disso, a concepção ultrapassada do parto em casa, que moldou um paradigma, tem criado barreiras à adoção da prática autónoma por parte das EEESMO/parteiras. Ao mesmo tempo, esta visão tende a culpabilizar as mulheres e os profissionais que optam pelo PDP. Este paradigma, baseado em ideias preconcebidas e falta de informação, contribui para o estigma e a desvalorização do parto domiciliar planeado.

Tal como revelado pelas participantes, existe uma falta de apoio adequado face a situações imprevistas. Perante estas dificuldades, as participantes enfrentam um grande receio em relação a possíveis complicações durante o parto domiciliar. Infelizmente, muitas delas sentem-se desamparadas devido à pré-culpabilização por parte da sociedade e à falta de suporte legal adequado.

O receio de serem responsabilizadas ou culpabilizadas, mesmo agindo de forma adequada e fundamentada em evidências, associado à ausência de políticas públicas e à falta de protocolos claros e orientações específicas que sustentem a sua atuação neste âmbito, pode prejudicar o seu desempenho e gerar insegurança profissional. É, ademais, crucial promover uma mudança de mentalidade na sociedade, visando compreender e respeitar a decisão das mulheres pelo parto domiciliar, sem preconceitos ou estigmas.

Nível profissional

No contexto profissional, a partir das exposições das participantes, puderam ser reconhecidas variadas dificuldades e obstáculos na prática profissional das profissionais, incluindo a dificuldade de aceder recursos, realizar transferências para o hospital, falta de suporte e respaldo legal.

O ponto de dificuldade comum mencionado pelas participantes foi em relação a aceder recursos, que inclui a falta de suporte de uma equipa multidisciplinar, materiais e

medicamentos, participações dos seguros e capacitação específica.

O estudo revelou que as participantes sentem-se ocasionalmente desamparadas por parte de uma equipa multidisciplinar, quando há necessidade de colaboração entre diferentes profissionais de saúde, com o intuito de proporcionar uma assistência integrada e abrangente às mulheres que optam pelo parto domiciliário. Por vezes, essa colaboração não se torna possível, seja devido à não integração desse serviço no sistema de saúde do país, seja devido à limitação de atuação de algumas categorias profissionais nesse contexto ou até mesmo devido à desaprovação instaurada na sociedade.

A situação de desamparo descrita pelas participantes realça a necessidade de uma maior estruturação e organização dos serviços de apoio direcionados às enfermeiras obstétricas e parteiras no âmbito do atendimento domiciliário. A presença de uma equipa multidisciplinar capacitada e prontamente disponível para oferecer suporte, orientação e assistência ao longo de todo o processo de pré-natal, parto e pós-parto revela-se como um elemento fundamental para assegurar a segurança e o bem-estar das mulheres e das suas famílias.

Outro aspeto que emergiu nesta categoria está relacionado com a dificuldade de acesso aos recursos necessários para a assistência ao parto domiciliário, tais como equipamentos apropriados e medicamentos.

De acordo com os achados do estudo, para as participantes, embora alguns materiais tenham preços elevados, isso não é necessariamente o desafio predominante. O verdadeiro entrave está na dificuldade de acesso a determinados medicamentos, como a ocitocina e a imunoglobulina D. Isso se deve ao facto de que a prescrição e aquisição desses medicamentos estão restringidas exclusivamente aos profissionais médicos. Essa limitação coloca as EEESMO em uma situação desfavorável, visto que reduz a autonomia do profissional e compromete a capacidade de fornecer um cuidado

Como afirma Silva et al. (2019), a presença de materiais e tecnologias é fundamental para garantir a autonomia do profissional que atua fora do ambiente hospitalar, especialmente quando surgem indicações ou intercorrências durante a assistência (Silva et al., 2019).

Sendo assim, esses recursos permitem que o profissional realize sua prática de forma mais completa e segura, assegurando a disponibilidade dos instrumentos necessários para realizar procedimentos, monitorar o bem-estar materno e fetal, e fornecer cuidados adequados durante o PDP. Portanto, a disponibilidade desses materiais e tecnologias é essencial para garantir a qualidade e a segurança da assistência prestada, contribuindo para a confiança e o bem-estar tanto das mulheres atendidas quanto dos profissionais envolvidos no atendimento domiciliar.

Adicionalmente, as participantes destacaram que a solicitação de exames e participações

somente é aceita quando realizada através de uma prescrição médica. A condição de trabalho mencionada impõe restrições à assistência prestada, o que resulta também na redução da autonomia das profissionais durante a sua prática profissional. Essas restrições podem ter um impacto negativo na qualidade do cuidado prestado às mulheres durante o parto domiciliar planejado (Pascoto et al., 2020).

Esse contexto evidencia como as políticas públicas de saúde ainda são centradas no médico como o principal profissional na prestação de serviços de saúde. Esse enfoque reflete uma hierarquia em que a autoridade decisória e a autonomia dos enfermeiros são restringidas, uma vez que a sua habilidade de solicitar exames e aceder recursos está condicionada à intervenção médica. Essa dependência reforça a necessidade de uma revisão das políticas públicas de saúde, visando valorizar e reconhecer a qualificação dos enfermeiros enquanto profissionais competentes na área da saúde. Tal mudança possibilitaria uma utilização mais eficiente dos recursos disponíveis e incentivaria uma abordagem colaborativa e integrada na prestação de cuidados de saúde.

Quanto à possibilidade de regulamentar o PDP, as participantes do estudo compartilham a opinião de que a uniformização do serviço é um aspecto importante. Entretanto, destacam a necessidade de que tal regulamentação seja embasada em evidências científicas e leve em consideração tanto a realidade quanto a experiência das profissionais já inseridas nesse âmbito.

Efetivamente, a regulamentação pode ter o papel de estabelecer orientações claras e promover uma prática fundamentada em evidências. Isso garantiria que os profissionais que trabalham nesse contexto tenham acesso devido ao conhecimento, as capacidades e os recursos necessários para oferecer um cuidado seguro e de qualidade. Contudo, diante do cenário atual em que uma parcela substancial de profissionais da saúde e da sociedade em geral manifesta resistência a esse modelo de assistência, existe a preocupação de que a regulamentação do PDP possa ser usada como meio de represália e limitação à atuação desses profissionais.

A atual consideração do atendimento ao PDP como um movimento contracultural apresenta desafios consideráveis nos dias de hoje, devido à presença de estigmas e preconceitos associados a uma prática que ainda não é devidamente reconhecida pela sociedade (Pascoto et al., 2020). Conseqüentemente, surge a preocupação devido ao parto em casa confrontar as práticas tradicionais de assistência ao parto, que costumam se concentrar nos profissionais médicos e ocorrer em ambiente hospitalar.

A resistência em relação a essa transformação paradigmática pode acarretar em obstáculos burocráticos, restrições regulatórias e dificuldades na efetiva implementação e

reconhecimento do trabalho das EEESMO.

Frente a esse cenário, é fundamental que as políticas públicas e as regulamentações referentes ao PDP sejam elaboradas com base nas vivências e conhecimentos das EEESMO, considerando igualmente as aspirações e necessidades das mulheres. É de suma importância assegurar que qualquer forma de regulamentação seja inclusiva, respeitando a autonomia das mulheres na seleção do local de parto, ao mesmo tempo que reconhecendo o papel das EEESMO como profissionais habilitadas e treinadas para oferecer uma assistência segura e de excelência no ambiente domiciliar.

Tornar as regulamentações inclusivas é um elemento essencial, assegurando o respeito à autonomia das mulheres na escolha do local de parto e

Ademais, promover um diálogo amplo e esclarecedor sobre o parto domiciliar é também uma medida crucial. Envolvendo profissionais de saúde, gestores, acadêmicos e a sociedade em geral, esse debate contribuirá para dissipar equívocos, superar resistências e forjar consensos em relação ao papel das EEESMO e à prestação de assistência no PDP. Dessa maneira, esse diálogo informado favorecerá a formulação de políticas e diretrizes pertinentes, assegurando um acesso igualitário e a qualidade dos serviços oferecidos.

Nível pessoal

Finalmente, outro aspecto realçado pelas participantes diz respeito aos obstáculos e desafios a nível pessoal, associados à dedicação exclusiva, à necessidade de gerir emoções e a discriminação pelos pares.

De acordo com as participantes, o compromisso dedicado das EEESMO reflete diretamente nas suas vidas pessoais, com impactos em várias áreas, exigindo ocasionalmente a capacidade de equilibrar o papel profissional com as suas próprias necessidades pessoais e emocionais. Adicionalmente, o cuidado prestado durante o parto domiciliário implica uma ligação profunda com as mulheres e as suas famílias, o que pode levar a um investimento emocional considerável.

Foi igualmente evidenciada a importância de estar preparada para lidar com a imprevisibilidade dos nascimentos e de se adaptar a essas situações. Da mesma forma, a necessidade constante de estar pronta e vigilante gera incerteza nas suas rotinas, sendo necessário estar consciente de que podem ser solicitadas a qualquer momento, mesmo durante a noite, feriados e fins de semana. Esta disponibilidade constante pode afetar os compromissos familiares, sociais e até profissionais, visto que é necessário dedicar-se inteiramente ao acompanhamento das mulheres em trabalho de parto. Este estado contínuo de prontidão pode resultar em stress e exaustão física e emocional para as profissionais.

Esta intensa exigência emocional pode levar ao desgaste profissional, à fadiga e ter impacto na saúde mental das profissionais. Isso requer que as profissionais que atuam nesta área possuam competências emocionais, como o controle do stress, a resiliência e a capacidade de manter a serenidade e o foco mesmo perante circunstâncias desafiantes.

Além disso, não foram encontrados estudos relacionados a bem-estar físico e emocional das profissionais que atuam em contexto do PDP. Revelando a necessidade de abordar aprofundar a temática de modo a oferecer a estas profissionais um suporte adequado para o autocuidado e para a gestão das suas emoções, de modo a preservar o seu bem-estar e desempenho profissional. A realização de uma gestão emocional adequada, tendo em conta todas as dificuldades e obstáculos enfrentados no trabalho da enfermeira parteira, é crucial para que possam oferecer um acompanhamento seguro e de qualidade, além de cuidar do seu próprio bem-estar durante o exercício da sua prática.

Por fim, emergiu também a discriminação pelos pares, sobretudo pela desvalorização do exercício profissional em PDP que pode levar a sofrimento.

De maneira geral, as participantes indicam que são afetadas pela disseminação do discurso que associa o parto em casa a um maior risco. Como resultado, muitas delas enfrentam um forte julgamento por parte dos seus pares profissionais em relação à sua atividade profissional. Algumas participantes relatam perceber por parte das pessoas um desejo subconsciente de que as coisas corram mal, como maneira de validar as suas perspetivas. Em algumas situações extremas, chega-se até ao ponto de ocorrer o rompimento de relações como forma de demonstração de desaprovação.

Nesse sentido, a discriminação e a falta de conhecimento em relação ao parto domiciliar estabelecem barreiras para o trabalho das enfermeiras obstetras, expondo-as a um contínuo julgamento social (Pascoto et al., 2020).

A convicção de que o parto deve ocorrer em ambiente hospitalar tornou-se amplamente aceite e divulgada, resultando na normalização do parto hospitalar e, por consequência, na associação do parto domiciliar à ausência de cuidados médicos adequados (Castro, 2015). A narrativa que fortalece a noção de que o parto é mais seguro apenas em contexto hospitalar, como forma segura de assistência ao nascimento, é amplamente propagada e aceita pela sociedade em geral, o que provoca desconfiança em relação ao parto domiciliar. Este enfoque contribui para criar uma perspetiva negativa tanto para as mulheres que escolhem parir em casa quanto para os profissionais que atuam nesse âmbito, alimentando estigmas e subvalorizando o trabalho destes profissionais.

SÍNTESE CONCLUSIVA

A componente de estágio e investigação abordada neste relatório proporcionou-me a oportunidade de adquirir e aprimorar competências essenciais, de modo a cumprir os objetivos estabelecidos pelo Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Nesse sentido, o Relatório Final reflete a compilação das aprendizagens, conhecimentos e aptidões desenvolvidas ao longo das diversas fases do Mestrado.

Na primeira secção do relatório, foram delineados os diversos contextos e atividades abrangidos pela componente de estágio, levando em consideração as competências gerais e específicas do EEESMO, como definidas no Regulamento 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Em sequência, procedeu-se a uma análise reflexiva do percurso durante os estágios, englobando as experiências vivenciadas, os obstáculos enfrentados e as motivações que orientam o futuro.

Na segunda secção, que englobou a componente investigativa da unidade curricular, o tema central foi "Parto Domiciliar Planeado em Portugal: Assistência e Desafios na Prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica".

Por meio deste estudo, e com base nos relatos das participantes, explorei a prática profissional das EEESMO no âmbito do PDP, investigando também as motivações, desafios e obstáculos que as participantes do estudo enfrentaram.

Explorar a temática do parto em domicílio pode representar um desafio, uma vez que, ao longo dos séculos, esta prática se transformou numa opção muito minoritária. Consequentemente, encontra-se cercada de mitos, desconhecimentos e preconceitos, sendo vista, por algumas pessoas como uma negação dos avanços da medicina e um risco à mulheres e bebés.

O interesse pelo tema foi nutrido da conveniência de compreender a experiência dos profissionais que atuam no contexto do parto domiciliar em Portugal. E dessa forma, almejou-se estimular a discussão no meio da comunidade académica e contribuir para a autonomia profissional dos EEESMO, a qualidade dos cuidados prestados às mulheres e suas famílias no contexto do PDP, reforçar o direito a uma assistência segura e respeitar a escolha do local para o parto.

As dificuldades encontradas ao longo deste estudo estiveram ligadas à escassez de investigações disponíveis sobre esta as temáticas, especialmente no contexto português. Apesar da existência de algumas pesquisas que abordam o papel dos EEESMO no PDP, a maioria destes estudos provém de países onde este serviço já se encontra integrado nos sistemas de saúde. No que diz respeito a Portugal, é notória a carência de investigações,

sobretudo quando se foca em dados específicos relacionados com partos domiciliares planeados.

Através da contextualização histórica, torna-se evidente que as repercussões sentidas atualmente no campo da obstetrícia resultam de uma longa história de desvalorização das parteiras, da centralização dos cuidados na figura do médico e da tentativa de controlar os corpos das mulheres. Consequentemente, o parto domiciliário continuamente está associado a uma retomada dos antigos métodos de assistência ao parto conduzidos pelas parteiras, conhecidas como "curiosas" em Portugal. Diante disso, tanto as mulheres que optam pelo parto no domicílio quanto os profissionais que atuam nesse contexto enfrentam críticas e julgamentos influenciados pela falta de informação e por preconceitos

Em contrapartida, observa-se que os resultados deste estudo estão em concordância com a literatura internacional, reforçando a ideia de que o PDP pode ser considerado uma opção segura para mulheres de baixo risco, desde que realizado em um ambiente domiciliar apropriado, com assistência de um profissional qualificado e planeamento prévio.

O estudo revelou, por meio das experiências descritas, o modo como se estabelece acessibilidade das utentes aos serviços das EEESMO. Observou-se que as mulheres que procuram essa assistência estão cientes da necessidade de um contacto antecipado, devido ao número reduzido de profissionais a trabalhar nesse contexto. Este contacto é maioritariamente facilitado pelas listas disponíveis em sites e redes sociais, bem como pela recomendação de terceiros.

Para além disso, tornou-se evidente as medidas adotadas pelos participantes no que se refere à segurança na assistência, com o intuito de cumprir as recomendações da OMS, APEO, bem como as diretrizes disponibilizadas pela OE. Dessa forma, verificou-se que as participantes implementam medidas de segurança, tais como seguir os critérios de elegibilidade; trabalhar em equipa composta por, no mínimo, duas EEESMO; efetuar registos relativos à gravidez, parto e pós-parto; possuir materiais de suporte e ter precaução na realização de transferências de forma oportuna e segura.

Da mesma maneira, foram exploradas algumas das experiências das profissionais em situações de emergência e transferências para o ambiente hospitalar, assim como a perspectiva das participantes acerca da contribuição da Ordem dos Enfermeiros para a prática das profissionais.

O estudo divulgou ainda os motivos que incentivaram as participantes a optar por trabalhar no contexto do PDP foram diversos. O ponto comum mencionado foi a insatisfação com o modelo de assistência predominante nas instituições de saúde. Essa insatisfação pode ser associada a questões como a falta de individualização e continuidade dos cuidados prestados

no ambiente hospitalar, intervenções excessivas e a ausência de autonomia profissional. Além disso, as experiências pessoais vivenciadas pelas próprias participantes no parto domiciliar também foram um factor motivador. Essas experiências positivas despertaram o desejo de proporcionar a outras mulheres a oportunidade de vivenciarem um parto respeitoso, humanizado e baseado em evidências científicas.

Os resultados do estudo realizado indicam que as participantes enfrentam significativas dificuldades e obstáculos ao longo da trajetória de assistência ao parto domiciliar planejado. Estas dificuldades e obstáculos foram identificadas a nível da formação na especialidade, encontra-se muito mais focada nos cuidados convencionais e conseqüentemente falta de profissionais com expertise ao parto fisiológico.

A nível social, os resultados incluíram a opinião pública desfavorável. Esse factor torna mais desafiada a aceitação e valorização do trabalho realizado pelas EEESMO, e tem um impacto negativo em sua atuação nesse contexto.

A nível profissional, as participantes enfatizaram que enfrentam obstáculos no acesso a recursos, como materiais, medicamentos, solicitação de exames e participações dos seguros. Elas também enfrentam desafios ao realizar transferências para o ambiente hospitalar. A falta de proteção legal e de um enquadramento adequado foi igualmente mencionada, destacando a importância da integração de sua prática no sistema de saúde e do reconhecimento da prática da EEESMO por parte da entidade reguladora da profissão.

Por último, a nível pessoal, os resultados destacaram a dedicação exclusiva e gestão de emoções. O trabalho no contexto do PDP envolve lidar com situações desafiadoras e intensas, exigindo um equilíbrio emocional por parte das EEESMO. Adicionalmente, o estudo abordou a discriminação pelos pares, sobretudo pela desvalorização do exercício profissional em PDP que pode levar a sofrimento.

Considera-se que os desafios e obstáculos mencionados no estudo podem estar relacionados com a falta de políticas públicas em relação ao PDP. O reconhecimento destes desafios contribui para a visibilidade da complexidade do trabalho das EEESMO no contexto do PDP, permitindo uma reflexão sobre a importância de promover mudanças sociais e estabelecer diretrizes mais claras para o parto domiciliário, de modo a garantir um suporte profissional adequado e também cuidados com o bem-estar emocional das EEESMO que atuam nesta área.

A superação desses desafios será fundamental para promover uma prática mais segura, valorizada e eficaz no cuidado às mulheres e seus bebês durante o PDP. Isso requer não apenas uma abordagem mais consistente e inclusiva nas políticas de saúde, mas também a implementação de medidas que garantam a formação contínua dos profissionais, a

padronização de protocolos de atendimento e o apoio emocional necessário para lidar com as complexidades inerentes a essa área de atuação.

Portanto, o reconhecimento e a superação desses desafios não só contribuirão para a melhoria da assistência ao PDP, mas também para a promoção de uma abordagem mais humanizada e centrada na mulher, proporcionando experiências positivas e seguras tanto para as mães quanto para os bebês.

Acredita-se que esta pesquisa represente uma contribuição relevante para enriquecer a reflexão e o debate sobre este tema, principalmente no meio acadêmico, ao incentivar o desenvolvimento de estudos mais aprofundados relacionados à assistência prestada pelas EEESMO no contexto do PDP. Isso beneficiará tanto a comunidade acadêmica quanto a prática clínica e, conseqüentemente, as mulheres e famílias que optam pelo parto domiciliário.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, L G P C et al. (2021). Parto Domiciliar Planejado: o que dizem as evidências científicas. *Enfermagem: Processos, Práticas e Recursos*, pp. 105-112. doi: 10.22533/at.ed.27121240311
- Almeida, A I S; Araújo, C L F. (2020). PARIR E NASCER EM CASA: VIVÊNCIAS DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO. *Revista Enfermagem em Foco*. 11(6): 28-34.
- Almeida, B N; Lopes G S. (2022). Práticas obstétricas nos partos domiciliares planejados. *Brazilian Journal of Development*. doi:10.34117/bjdv8n4-581
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. (2022). *Recomendações da APEO para a Assistência ao Parto no Domicílio*. Recuperado de: <https://www.apeo.pt/Documentos-Parto-Domiciliar/>
- Associação Portuguesa pelos Direitos da mulher na Gravidez e Parto (2015). *Experiências de Parto em Portugal Inquérito às mulheres sobre as suas experiências de parto*. Recuperado de: <http://www.associacaogravidezparto.pt/documentos>
- Baptista, V. (2016). Os partos e as maternidades em Portugal (1889-1943) – os casos nas cidades de Lisboa, Porto e Coimbra. *Rev.Hist.Reg.* 2(21): 364-388.
- Barreto, M R N. (2011). *Ciência, educação e circulação do saber médico nos manuais de obstetrícia oitocentista*. Simpósio Nacional de História – ANPUH: Lisboa.
- Bernadelo, P A. (2019). *Parto Domiciliar Planeado em Portugal - As Famílias e as Suas Escolhas*. Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Família e Género. Universidade de Lisboa.
- Blix, E et al. (2016). Transfers to hospital in planned home birth in four Nordic countries: a prospective cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 95: 420–428. DOI: <https://doi.org/10.1111/aogs.12858>
- Carneiro, M N F. (2003). *AJUDAR A NASCER - PARTEIRAS, SABERES OBSTÉTRICOS E MODELOS DE FORMAÇÃO (séculos XV-XX)*. Dissertação de Doutoramento em Ciências da Educação; Universidade do Porto.
- Carneiro, M. (2007). Ordenamento sanitário, profissões de saúde e cursos de parteiras no século XIX. *Revista da Faculdade de Letras História*. pp, 317-354. Recuperado de: <https://ojs.letras.up.pt/index.php/historia/article/view/3747>
- Castro, C M. (2015). Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo. *Caderno Saúde Coletiva*. 23 (1):69-75. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500010012>
- Cunha, M et al. (2016). Parto no domicílio em Portugal: das vivências das décadas de 40 a 60 do século XX às recomendações atuais. *Repositório Científico do Instituto Politécnico*

de Viseu. 59(1):55-66.0

- Davim, R M B; Menezes, R M P. (2001). Assistência ao parto normal domiciliar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 9 (6):62-68. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000600011>
- DINIZ, C S. *Entre a técnica e os Direitos Humanos – limites e possibilidades das propostas de Humanização do Parto*. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, 2001.
- Europeristat. (2010). *European Perinatal Health Report*. Paris: INSERM (Versão eletrônica). Recuperado de: <http://www.europeristat.com/>
- Ferreira, I M F. (2015). *INDICADORES MATERNOS E NEONATAIS NO PARTO NO DOMICÍLIO*. Uterus [Em linha]. Recuperado de: <https://uterus.pt/wp-content/uploads/2021/03/PartoDomicilio.pdf>
- Fortin, M F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lusodidacta. Loures.
- Freitas, M P V. (2011). *COMADRES E MATRONAS – Contributos para a História das Parteias em Portugal (séculos XIII-XIX)*. Loures: Lusociência.
- Geerts, C C et al. (2014). Birth setting, transfer and maternal sense of control: results from the DELIVER study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. [Em linha]. Recuperado de: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/27>
- Gil, A C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6ª ed. São Paulo. Atlas.
- INE. (2021). Estatísticas da saúde 2020. Partos (N.º) por Local de residência da mãe e Local do parto; Anual. Lisboa. Recuperado de: https://ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE
- Jonge, A de et al. (2013). Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. *BMJ*. [Em linha]. Recuperado de: <https://doi.org/10.1136/bmj.f3263>
- Koettker, J G; Brüggemann, O M; Dufloth, R M. (2011). Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais. *Revista Escola Enfermagem da USP*. 47(1): 15-21.
- Kooy, J van der et al. (2012). Planned home compared with planned hospital births in the Netherlands: intrapartum and early neonatal death in low-risk pregnancies. *Obstet Gynecol*. 17(1):1037-1046. doi:10.1186/s12884-017-1348-y
- Kruno, R B; Bonilha, A L L. (2004). Parto no domicílio na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 25(3):396-407.
- Largura, M. (2006). *A assistência ao parto no Brasil*. São Paulo.
- Lizzerini, M et al. (2022). Quality of facility-based maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: online survey investigating maternal

- perspectives in 12 countries of the WHO European Region. *The Lancet Regional Health – Europe*. (13):1-18. doi:<https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100268>.
- Lozada, G; Nunes, K S. (2018). *Metodologia científica*. Porto Alegre: SAGAH.
- Marconi, M; Lakatos, E M. *Técnicas de Pesquisa*. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.
- Matsuda, L M et al. (2006). ANOTAÇÕES/REGISTROS DE ENFERMAGEM: INSTRUMENTO DE COMUNICAÇÃO PARA A QUALIDADE DO CUIDADO?. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 08(03):415 – 421. [Em linha]. Recuperado de: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/7080/5011>
- Mattos, D V. (2012). *O ENFERMEIRO OBSTÉTRA NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós - graduação Stricto-sensu, Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde pela PUC Goiás, Brasil.
- McIntyre, M J. (2012). Safety of non-medically led primary maternity care models: a critical review of the international literature. *Aust Health Rev*. 36(2):140-147. doi: 10.1071/AH11039. PMID: 22624633.
- Minayo, M C S. (2007). *Pesquisa Social*. 6ª ed. Rio de Janeiro.Vozes.
- Menezes, P F A; Portella, S D C; Bispo, T C F. (2012). A SITUAÇÃO DO PARTO DOMICILIAR NO BRASIL. *Revista Enfermagem Contemporânea*. 1(1): 3-43.
- Oliveira, T R et al. (2020). ASSISTÊNCIA AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E ESPECIFICIDADES DO CUIDADO DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA. *Texto & Contexto Enfermagem*. [Em linha]. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0182>
- Olsen O; Clausen J A. (2023). Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Em linha]. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000352.pub3>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013a). Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. Parecer n.º 33/2013. É possível, legalmente, ser-se parteira em Portugal? Qual o quadro legal existente que permite ou desautoriza os partos domiciliários? Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013b). Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. Parecer n.º 31/2013. PARTO NO DOMICÍLIO_ HIPÓTESE DE REALIZAÇÃO DE PARTO EM CASA. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Pascoto, G S et al. (2020). DIFICULDADES DA ASSISTÊNCIA AO PARTO DOMICILIAR NA ÓTICA DE ENFERMEIRAS OBSTETRAS. *Revista baiana enfermagem*. (34): 1-10. doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.36633>
- Pimenta, D G et al. (2013). O parto realizado por parteiras: uma revisão integrativa. *Enfermería Global*. 30:494-505.
- PORDATA. (2021). Base de dados Portugal Contemporâneo. Recuperado de:

- <https://www.pordata.pt/>
- Rodrigues, M A; Gomes C; Lopes L. (2009). Documento ad usum et beneficium Fecundação, gravidez e parto. *Revista Referência*. [Em linha]. Recuperado de: https://rr.esenfc.pt/site/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2135&id_revista=4&id_edicao=26
- Sandall, J et al. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.
- Sanfelice, C F O et al. (2014). Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Revista RENE*. 15(2): 362-370.
- Santos, M J D S; Augusto, A. (2016). SE ESTAVA TUDO BEM, PORQUE É QUE EU HAVIA DE IR A UMA OBSTETRA?. *Sociologia, Problemas e Práticas*. 82:49-67
doi: 10.7458/SPP2016825922
- Silva, C. (2021). Bebés que nascem em casa. *Notícias Magazine*. [Em linha]. Recuperado de: <https://www.noticiasmagazine.pt/2021/bebes-que-nascem-em-casa/historias/259196/>
- Silva, E O et al. (2019). EXPERIÊNCIA DA AUTONOMIA PROFISSIONAL NA ASSISTÊNCIA AO PARTO DOMICILIAR POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS. *Revista baiana enfermagem*. [Em linha]. doi 10.18471/rbe.v33.32732
- 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 apresentada ao Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
- Souza, R M; Soares, L S; Quitete, J B. (2014). Parto natural domiciliar: um poder da natureza feminina e um desafio para a enfermagem obstétrica. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 1(6):118-131. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750621010>
- Prates, L A et al. (2017). Natural nascer em casa: rituais de cuidado para o parto domiciliar. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 71(3):1247-56. [Em linha]. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0541>
- Pimenta et al. (2013). O parto realizado por parteiras: uma revisão integrativa. *Enfermería Global*. 30: 494-505.
- Vedam, S; Goff, M; Nolan-Marnin, V. (2007). Closing the theory–practice gap: Intrapartum midwifery management of planned homebirths. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 3(52): 291–300. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2007.02.013>
- White, J; Schouten, M J. (2014). *O Parto Normal: experiências de Portugal e além-fronteiras*. Centro de Investigação em Ciências Sociais Universidade do Minho Braga; Centro em Rede de Investigação em Antropologia Instituto Universitário Lisboa.

WHO. (2018). *Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*.
Geneva: World Health Organization.

ANEXOS

ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética da UICISA: E da ESEnFC

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)**

para esclarecimento de eventuais questões inerentes ao estudo e à participação.

○ Guião de entrevista é apresentado em anexo, não contendo questões com implicações éticas ou passíveis de identificação do participante. A proteção dos dados é assegurada pela investigadora através de medidas adequadas.

Está previsto o início da colheita de dados durante o mês de março de 2023.

Não são previstos quaisquer danos, riscos ou benefícios para os participantes.

O Termo de Responsabilidade está devidamente assinado.

Nos pressupostos anteriores e havendo cumprimento de todos os requisitos éticos específicos para o estudo, emite-se parecer favorável à sua realização tal como apresentado.

O relator:

Assinado por: **Barbela Maria Andreia Marques de**
Conceição e Mendes
Num. de identificação: 04421968

Data: 15 /03/2023 O Presidente da Comissão de Ética: _____

ANEXO II – Recomendações APEO materiais clínicos básicos no PDP



- o temperatura axilar igual ou superior a 38°C
 - o saturação de oxigénio abaixo de 95%
 - o hipotonia prolongada
 - o outras situações que impliquem aumento de risco de acordo com a avaliação do EESMO.
- k) No caso de recusa da mulher pela transferência, após esclarecimento do EESMO sobre o motivo,
- o EESMO deverá solicitar que esta declare por escrito essa recusa. Nesta situação, recomenda-se que o EESMO mantenha o apoio, ficando isento de responsabilidades associadas ao aumento de risco relacionado com esta recusa.
- l) No caso de transferência, seja realizada uma nota de transferência em documento próprio ou no boletim de saúde da grávida, onde constem as seguintes informações:
- o Nome completo e idade da mulher
 - o Semanas de gestação
 - o Dia e hora de parto/nascimento (se aplicável)
 - o Motivo da transferência
 - o Dados clínicos relevantes
 - o Nome e contacto do(s) profissional(is) que assistem(iram) a mulher
- m) Esteja disponível material clínico básico de apoio ao parto no domicílio, tal como:

Luvas descartáveis limpas e esterilizadas	Esfigmomanómetro e/ou tensiómetro
Lubrificante	Termómetro



Compressas limpas e esterilizadas	Glicómetro
Clampe umbilical	Fita métrica
Tesoura ou bisturi esterilizados	Estadiómetro
Aspirador de secreções	Balança pediátrica
Seringas, agulhas e contentor de agulhas (grupo IV)	Doppler fetal com gel eletrocondutor ou estetoscópio de Pinard
Catéter endovenoso	Saturímetros: neonatal e de adulto
Garrote	Insufidores manuais (neonatal e adulto), com máscaras
Sistema de soros	Aspirador de secreções
Sonda de esvaziamento vesical	Estetoscópios: adulto e neonatal
Material para sutura: Porta agulhas, pinça de disseção com garras, fio de sutura absorvível e lanterna	No caso de grávida com grupo sanguíneo Rh negativo, providenciar material para colheita e análise de sangue do cordão umbilical.
Teste de urina de fita reagente	Fármacos: vitamina K, O ₂ , oxitocina, misoprostol, soro fisiológico, lactato de ringier e anestésico local.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião de Entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

PARTE I: ELEMENTOS DE CARACTERIZAÇÃO

Tempo de atuação como EEESMO: _____

Tempo de atuação em PDP: _____

O exercício em PDP é: Autónomo _____ Integrado em equipa de instituição privada _____

Integrado em equipa de instituição pública _____ Outro/Qual _____

Área geográfica de atuação: Norte _____ Centro _____ Lisboa _____ Alentejo _____ Algarve _____

Região Autónoma Madeira _____ Região Autónoma Açores _____

PARTE II – PARTO DOMICILIAR PLANEADO NA PRÁTICA PROFISSIONAL

TEMA	QUESTÕES
Prática profissional em contexto de PDP	<p>1. Como as grávidas/casais têm acesso aos seus serviços? Quando e como acontece o primeiro contacto?</p> <p>2. Relativamente ao PDP como orienta a sua decisão relativamente aos critérios de elegibilidade? O que considera ser relevante?</p> <p>3. Como se organiza para assegurar a segurança da utente? Como é habitualmente? Tem apoio de outro EEESMO? Médico Obstetra? Pediatra? Se outro, qual?</p> <p>4. Que material clínico básico de apoio ao PDP geralmente usa? Como considera ser o acesso a esse material?</p> <p>5. Já teve de lidar com alguma emergência durante um PDP? Pode partilhar? Como respondeu a essa situação? Já decidiu realizar transferência da mulher para instituição hospitalar diferenciada? Como foi essa experiência?</p> <p>6. Como analisa ser o apoio da Ordem dos Enfermeiros para o seu exercício profissional na assistência ao PDP? O que gostaria que mudasse?</p>
Motivações para exercer em contexto de PDP	<p>7. Porque decidiu trabalhar em contexto de PDP? Qual a principal motivação?</p> <p>8. Como sente ser o reconhecimento social dos EEESMO para a assistência do PDP?</p>
Desafios e obstáculos enfrentados na prática profissional em contexto de PDP	<p>9. Ao longo da sua experiência na assistência ao PDP quais os desafios que considera terem existido ou ainda existir? Que análise faz sobre esses desafios? Como se sente relativamente a esses desafios?</p> <p>10. Já teve de enfrentar algum obstáculo relativamente à sua prática no PDP? Quer partilhar qual ou quais?</p>

APÊNDICE II – Informação sobre o estudo / Termo de Consentimento



INFORMAÇÃO SOBRE O ESTUDO

Eu, Caroline Silveira Viana, enfermeira a frequentar o X Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, estou a realizar um estudo de investigação intitulado Parto Domiciliar Planeado em Portugal: assistência e desafios na prática dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), sob orientação da Professora Doutora Rosa Maria dos Santos Moreira e coorientação da Professora Doutora Ana Maria Poço dos Santos.

Os objetivos do estudo são: conhecer a prática profissional dos EEESMO em contexto de PDP; identificar as suas motivações perante a opção de exercerem neste contexto, e descrever os desafios e obstáculos que já enfrentaram na sua prática profissional em contexto de PDP.

Neste sentido, solicito a sua participação no presente estudo, considerando que a sua colaboração é fundamental para o desenvolvimento do mesmo, assim se esperam benefícios como promover o diálogo na comunidade académica, de modo a contribuir para a autonomia profissional e a qualidade da assistência no PDP acompanhado por EEESMO em Portugal.

Caso aceite participar, a sua colaboração consiste em responder a algumas questões durante uma entrevista, por meio de videoconferência, em data a combinar. Solicitaremos ainda a sua autorização para a gravação da entrevista, durante a qual poderá desligar o seu vídeo, com o intuito de manter a fidedignidade do discurso e posterior análise. Esta gravação será apenas usada pela investigadora, durante o tempo necessário para a transcrição da mesma, sendo posteriormente destruída. Após a transcrição terá o direito de ler a entrevista podendo retificar alguma declaração.

Salienta-se que será mantido o anonimato, pelo que em momento algum serão revelados nomes ou locais que a/o possam identificar, assim como as informações recolhidas apenas se destinam ao presente estudo. A sua participação é voluntária e não terá custos, assim como não será remunerada pela mesma, pelo que poderá desistir a qualquer momento sem qualquer tipo de penalização. Se pretender colocar alguma questão ou necessitar de algum esclarecimento acerca do estudo não hesite em contactar-me, por telefone ou e-mail.

Obrigada, agradeço desde já a sua colaboração.

CONTACTOS

Caroline Silveira Viana

E-mail: caroline.s.viana@hotmail.com

CONSENTIMENTO INFORMADO

Venho por este meio declarar que fui informada sobre o âmbito, os objetivos, os momentos da investigação, os riscos, os benefícios, as alternativas, a garantia de confidencialidade, os custos e a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas relativos à investigação “Parto Domiciliar Planeado em Portugal: assistência e desafios na prática do EEESMO”, a desenvolver pela Enfermeira Caroline Silveira Viana, no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Ainda obtive esclarecimento de que a minha participação é voluntária e não terá custos, assim como não haverá qualquer remuneração pela mesma, pelo que poderei desistir em qualquer momento sem qualquer tipo de penalização.

Consinto com a gravação da entrevista por videoconferência de acordo com a finalidade e demais informações que me foram disponibilizadas na Informação sobre o estudo.

Declaro que compreendi as explicações fornecidas e que li a informação sobre o estudo, assim como aceito participar no estudo voluntária e livremente.

Data ____ / ____ / ____

Assinatura dos Entrevistado

Assinatura do Entrevistador