



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Esther Carone Blumenfeld

**Desfechos relacionados a Hemorragia Pós Parto e Condutas adotadas o no
Terceiro Período do Parto por Equipes de Parto Domiciliar do Distrito Federal**

BRASÍLIA-DF

2021

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem

Esther Carone Blumenfeld

Desfechos relacionados a Hemorragia Pós Parto e Condutas adotadas o no Terceiro Período do Parto por Equipes de Parto Domiciliar do Distrito Federal

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Chiodi
Toscano de Campos

BRASÍLIA – DF

2021

ESTHER CARONE BLUMENFELD

Desfechos relacionados a Hemorragia Pós Parto e Condutas adotadas o no Terceiro Período do Parto por Equipes de Parto Domiciliar do Distrito Federal

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro.

Brasília, 17 de Maio de 2021

Comissão Examinadora

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica Chiodi Toscano de Campos

Membro Efetivo: Prof.^a Dr.^a Lara Mabelle Milfont Boeckmann

Membro Efetivo: Esp.^a Simone Silva dos Santos

Membro Suplente: Esp.^a Rafaela Maria de Araújo dos Santos

AGRADECIMENTOS

Eu sonhei muito com o dia da defesa do meu TCC e ensaiei esses agradecimentos mais de um milhão de vezes. Até um tempinho atrás eu imaginava que esse momento seria a celebração do término do curso de Enfermagem. Mas, pra variar, não foi bem como planejei.... De qualquer forma, estou mais perto do que nunca estive e gostaria de aproveitar essa oportunidade tão especial para agradecer.

Essa caminhada, de quase sete anos até agora, só foi possível graças ao apoio e ajuda de muitas pessoas. Desde o apoio moral, o apoio “platônico”, aqueles exemplos que eu vi de longe e sonhei em chegar perto e me deram um norte, uma esperança, até o apoio no dia a dia mesmo, com toda a logística de quem tem 3 filhos, trabalho, casa pra cuidar e um sonho pra realizar.

Não tenho como agradecer a todos, mas faço questão de citar meus filhos e meu marido, que foram entendendo o meu propósito, vibrando comigo pelas minhas conquistas, reclamando das minhas ausências em alguns momentos, aceitando em outros... Vocês são os culpados de tudo isso, o meu chamado para estar aqui veio com a nossa história, com os nascimentos da Ligia, do Francisco e do Pedro e na companhia do Marcelo.

Obrigada Celia, por me apoiar com os meus filhos com tanto amor, você é minha rede de apoio quase inteira!

Gratidão Paloma, minha parteira que me permitiu me curar da minha história anterior e viver tudo o que tinha que viver pra estar aqui hoje, tudo começou a se desenrolar no dia 27 de novembro de 2012, o dia mais incrível da minha vida. Depois disso, continuou me partejando na minha busca e é uma amiga tão querida!

A Simone estar aqui é incrível! O apoio vem de todos os lados, amiga, confidente, conselheira, encorajadora, professora, vizinha, parceira, salvadora de vida, iluminadora! Quando crescer quero ser igual a você!

Obrigada Rafa, eterna parceira! Aguenta cada papo meu! Os caminhos foram se modificando, mas você não me escapou! Vai ter que me aguentar agora!

Obrigada Mônica, a luz que encontrei nessa UnB! Tudo se abriu quando fui sua aluna, tão bom me identificar assim e encontrar tanto apoio. Orientadora e amiga que eu espero ter para sempre, que esse trabalho seja só o início de muitas histórias!

Luz de Candeeiro, obrigada Iara, Ana Cyntia e Renata. Amor platônico que começou a se realizar. Vocês nem imaginam o espaço que ocupam na minha vida, o alento que é saber que vocês existem e que me dão bola. A esperança de chegar aí pertinho é um dos motores que me empurram.

Thais, Luis, meus irmãos queridos que me ouvem e vibram comigo, como é bom ter vocês tão longe e tão perto ao mesmo tempo!

Agradeço a minha mãe, que me ensinou a liberdade, a correr atrás da felicidade, além de um monte de outras coisas!

Agradeço ao meu pai, queria tanto que você estivesse aqui pra se orgulhar de mim e pra eu te dar esse gostinho!

Muito obrigada Alessandra! Não sei se chegaria aqui sem você, mas não consigo nem imaginar isso acontecendo.

Obrigada meus amigos queridos da UnB! Amo estar com vocês, conhecer cada um. Vocês me fazem até esquecer as dores nas juntas e me dão esperanças de um mundo melhor, com tanta gente boa jovem, me ensinam tanta coisa! Diego, Ana Paula, vocês nem imaginam como a amizade de vocês mudou a minha vida.

Obrigada Marcinha, Fádía, Fabi, Nadinni, Bel, Belzinha. Minhas amigas queridas, apoio incondicional 24h!

E muita gratidão a todas as mulheres que me permitiram e me deram a honra de acompanhar suas gestações e partos, aprendi muito com cada uma e cada molécula de ocitocina que liberaram perto de mim me impulsionou nessa caminhada

DESFECHOS RELACIONADOS A HEMORRAGIA PÓS PARTO E CONDUTAS ADOTADAS O NO TERCEIRO PERÍODO DO PARTO POR EQUIPES DE PARTO DOMICILIAR DO DISTRITO FEDERAL¹

RESUMO

A Hemorragia pós-parto - HPP é a principal causa de morte materna no mundo e a segunda no Brasil, e está relacionada principalmente à atonia uterina. Considerando a gravidade de sua ocorrência, profissionais de saúde adotam condutas durante o terceiro período do parto, espaço de tempo entre o nascimento do bebê e a dequitação da placenta. Estas condutas são agrupadas em conduta expectante, e a conduta ativa. Não há um consenso sobre qual a mais apropriada e há diferentes concepções de cada uma. Partindo-se do princípio de que o ambiente domiciliar e o atendimento por parteiras (definidas, neste estudo, como profissionais com formação certificada por instituição qualificada) favorece a fisiologia do parto, este trabalho se abordou os partos realizados nesses ambientes, investigando a conduta das profissionais durante o terceiro período e a ocorrência de HPP. **Objetivo:** Descrever a relação entre conduta adotada no terceiro período por equipes de Parto Domiciliar (PD) no Distrito Federal (DF) e a ocorrência de HPP e suas concepções sobre o terceiro período do parto. **Método:** Trata-se de um estudo com as abordagens quantitativa e qualitativa dos dados. Para a abordagem quantitativa o delineamento foi transversal, descritivo e retrospectivo e para a abordagem qualitativa foi a narrativa com entrevista. O estudo foi realizado entre os meses de outubro a dezembro de 2020. Participaram do estudo, três equipes de PD que atendem no DF, e são compostas por enfermeiras obstétricas e por parteira com certificação internacional. Após a extração dos dados quantitativos foi realizada a análise descritiva dos dados. Posteriormente foram realizadas entrevistas com as profissionais que compõem essas três equipes, e em seguida as entrevistas foram transcritas e a análise baseou-se no método da Análise de Conteúdo categorial temática de Bardin. **Resultados:** Foram analisados 422 prontuários, que revelaram a idade média das mulheres atendidas pelas equipes de parto domiciliar de 32 anos, pertencentes a classes socioeconômicas privilegiadas. Os desfechos relacionados ao trabalho de parto, às condições do períneo e as condições dos recém-nascidos - RN foram positivos. A aplicação de ocitocina profilática no terceiro período se deu em 23,7% dos casos e a HPP ocorreu em 5,5%, tendo sido necessária a transferência para o hospital por esse motivo de 0,7% dos casos, que tiveram bons prognósticos. Foram entrevistadas três profissionais, pertencentes às três equipes envolvidas no estudo. Quanto ao manejo do terceiro período, todas priorizaram a conduta expectante, porém, duas parteiras relataram aplicar condutas do manejo ativo quando detectam algum fator de risco de HPP, enquanto a terceira relatou iniciar alguma intervenção farmacológica depois do estabelecimento da HPP, e após outras intervenções, utilizando, ainda, medicamentos fitoterápicos na maioria dos casos. Todas consideraram como principais fatores de prevenção da HPP o cuidado com a ambiência do parto e o contato pele a pele da mãe com o bebê. **Conclusão:** os resultados apontam que o trabalho das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto domiciliar prioriza a fisiologia e a individualização do cuidado, com base em capacitação e em evidências científicas e promove bons desfechos relacionados à HPP.

Descritores: Hemorragia pós-parto, Parto domiciliar, Terceiro período, Enfermagem Obstétrica.

¹ Trabalho de Conclusão de Curso da acadêmica Esther Carone Blumenfeld, orientada pela Prof.^a Dr.^a Mônica Chiodi Toscano de Campos – Departamento de Enfermagem / UnB.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	08
2. OBJETIVOS.....	15
3. METODOLOGIA.....	16
4. RESULTADOS.....	18
4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS.....	18
4.2. CARACTERIZAÇÃO DAS PROFISSIONAIS.....	22
5. DISCUSSÃO.....	30
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
7. REFERÊNCIAS.....	38
APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados dos Prontuários.....	42
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista.....	46
APÊNDICE C – TCLE	48
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética	51

1. INTRODUÇÃO

A Hemorragia Pós-Parto (HPP) é a principal causa de mortes maternas no mundo (OMS, 2014), sendo a primária de quase um quarto delas nos países em desenvolvimento e a segunda no Brasil, seguida da hipertensão arterial (REZENDE & MONTENEGRO, 2013; VASCONCELOS et al, 2018). A HPP é caracterizada pela perda de mais de 500 mL de sangue durante as 24 horas após o parto normal e mais de 1.000 mL após o parto cesáreo, e pode estar relacionada à retenção de produtos da concepção e coágulos, a lesões no trato genital, a coagulopatias e à atonia uterina, sendo esta última responsável pela grande maioria dos casos (MACEDO e LOPES, 2018).

A HPP primária, que ocorre em até 24 horas após o parto, tem incidência de 5 a 15% dos partos e, além de ser a causa de mortes maternas em sua maioria evitáveis, está associada a consequências na vida reprodutiva e emocional das mulheres, incluindo histerectomia, necessidade de transfusão de elementos sanguíneos, anemias severas. Estima-se a ocorrência, por ano, de 14.000.000 de casos de HPP e 140.000 mortes no mundo (OPAS, 2018, OSANAN et al, 2018; FLASOG, 2018; FIOCRUZ, 2019).

A ocorrência da HPP está relacionada a alguns fatores de risco, como a distensão uterina aumentada, polidrâmnio, macrossomia ou gestação gemelar, fase ativa do trabalho de parto prolongada, diabetes, desordens hipertensivas da gestação, problemas gestacionais prévios (MACEDO e LOPES, 2018).

Segundo Rezende e Montenegro (2013), nos casos em que a hemorragia se dá por atonia uterina, a perda sanguínea ocorre por ineficiência das contrações das fibras miometriais na contenção do sangue dos vasos maternos no leito placentário após a dequitação da placenta. Após o nascimento da placenta, a contenção sanguínea dos vasos uterinos que se comunicavam com o órgão se dá por quatro processos consecutivos: a miotamponagem, a trombotamponagem, a indiferença uterina e a contração uterina fixa. A miotamponagem é a primeira ação de hemostasia, e constitui a contração uterina que promove a laqueadura viva dos vasos. A trombotamponagem é a formação de trombos nos grandes vasos uteroplacentários, formando um hematoma que recobre a lesão formada pelo descolamento da placenta, que, em adição à contração uterina, promove o equilíbrio miotrombótico. A Indiferença uterina é o estágio no qual o útero passa a apresentar fases de contração e relaxamento, seguida pela Contração Uterina Fixa,

quando o útero adquire maior tônus e assim se mantêm, formando o globo de Pinard e se estabiliza e contém o sangramento à medida que o processo de cicatrização evolui. Desta forma, a miotamponagem é o mecanismo primário de hemostasia após a saída da placenta, e participa de todo o processo de contenção do sangramento. Quando as contrações não ocorrem de maneira eficaz, a perda sanguínea é muito rápida e de difícil controle, considerando que o fluxo sanguíneo para o útero é de cerca de 800 a 1.000 mL/min (MACEDO e LOPES, 2018).

Considerando a gravidade da ocorrência de desequilíbrios no processo de hemostasia descrito, os profissionais de saúde adotam algumas condutas durante o terceiro período do parto, espaço de tempo entre o nascimento do bebê e a dequitação da placenta. Estas condutas são agrupadas em dois grupos, que correspondem a modelos de atuação: a conduta expectante, ou fisiológica; e a conduta ativa. (FAHY, 2016)

A conduta expectante ou fisiológica consiste na espera por sinais de separação da placenta e sua expulsão espontânea, ou auxiliada pela estimulação da gravidade ou de estímulos a processos fisiológicos, como o estímulo do mamilo, o contato pele a pele entre a mãe e o bebê e a amamentação, que propiciam a produção de ocitocina pela hipófise, promovendo a contração uterina (TAN et al, 2008; FAHY, 2016). A conduta ativa consiste na aplicação de ocitocina (10 UI) intramuscular (IM) após o desprendimento do ombro anterior, no clampeamento precoce do cordão umbilical, na tração controlada do cordão umbilical, na extração da placenta e na massagem no útero. (REZENDE e MONTENEGRO, 2013; MACEDO e LOPES, 2018)

Não há um consenso sobre qual a conduta mais apropriada. Há ainda diferentes concepções de conduta ativa, envolvendo ou excluindo um ou outro procedimento. Em geral, a conduta ativa é a mais adotada por médicos, enquanto a conduta expectante é realizada por profissionais que esperam a placenta sair antes do delivramento, havendo ainda profissionais que adotam uma conduta mista, que consiste na adoção de apenas alguma(s) das intervenções da conduta ativa, ou ainda a adoção da conduta a partir do julgamento da necessidade de cada caso. (TAN et al, 2008)

Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (2014), a maioria dos casos de hemorragia pós-parto pode ser evitada por meio da gestão adequada do terceiro período,

que envolve as intervenções da conduta ativa em situações específicas, combinada com a utilização de uterotônicos profiláticos.

Assim, considerando este cenário, a maioria das pesquisas voltadas à prevenção da HPP trata da comparação entre diferentes protocolos de administração de uterotônicos e intervenções. Estas pesquisas são limitadas ao ambiente hospitalar e entendem a prevenção e o tratamento do HPP restritos à administração de medicamentos e a intervenções de profissionais de saúde sobre o corpo da mulher. Alguns autores, como Yildirim et al (2016), Begley et al (2010) e Dashtinejad *et al* (2018), contudo, consideram esta visão limitada, e questionam outros fatores, como as condições nas quais os partos ocorrem e o controle de outras variáveis presentes no ambiente hospitalar, onde as pesquisas em geral são realizadas.

Amorim et al, em Rezende e Montenegro (2013), apesar de reforçarem a recomendação da OMS para o manejo ativo do terceiro período, com ênfase no emprego da ocitocina profilática como intervenção chave, questionam a falta de análise em separado de cada elemento da conduta ativa. Lembram ainda dos outros cenários de parto que são pouco investigados, como o parto domiciliar, onde a atenção se dá de “um para um”, levantando ainda a possibilidade da escolha informada da mulher, quando não há riscos envolvidos, sobre a conduta de sua preferência.

Yildirim et al (2016) realizaram estudo controlado randomizado comparando o manejo ativo e expectante do terceiro período em partos hospitalares em mulheres com baixo risco para HPP. Os autores definiram o manejo ativo como a aplicação de 10 UI IM de ocitocina logo após o nascimento, clampeamento precoce do cordão e tração controlada, seguindo as recomendações da OMS (2014). O manejo expectante foi definido pelo clampeamento do cordão após parar de pulsar e a dequitação espontânea da placenta. Porém, o manejo expectante englobou a aplicação da ocitocina após a saída da placenta. O estudo não identificou maior risco de HPP com a aplicação do manejo expectante, apenas maiores concentrações de hemoglobina pós-parto nas mulheres submetidas à conduta ativa, não associadas a necessidade de transfusão sanguínea ou outras intervenções.

Begley et al (2010) compararam também os manejos ativo e expectante em meta-análise da base de dados Cochrane e, apesar de encontrarem resultados relacionados a HPP que indiquem a conduta ativa para a população em geral, não encontraram redução

estatisticamente relevante de HPP grave para mulheres de baixo risco para sangramento. O estudo ponderou ainda a incidência maior de hipertensão, dor, desconforto, sangramento após a alta e baixo peso ao nascer relacionados à conduta ativa.

Os efeitos do uso de ocitocina durante o trabalho de parto e no período pós-parto foram relatados em um estudo realizado na França, em que os autores concluíram que a utilização de ocitocina durante o trabalho de parto é um fator de risco independente para a HPP. Segundo o estudo, quanto maior o seu uso durante o trabalho de parto, maior a necessidade de ocitocina após o nascimento, e o efeito profilático da ocitocina no terceiro período só era efetivo para mulheres que a haviam utilizado ao longo do trabalho de parto. Os autores atribuíram esse fenômeno à dessensibilização dos receptores de ocitocina no miométrio, pelo excesso de exposição durante o trabalho de parto, que não respondem à secreção natural do terceiro período e precisam ser ressensibilizados por uma sobrecarga de hormônio sintético. Essa prática é cada vez mais disseminada e não tem respaldo por evidência científica (BELGHIT et al., 2011).

A necessidade de emprego de um agente externo ao corpo da mulher como principal estratégia para a prevenção da HPP também foi questionada no estudo de Dashtinejad et al (2018), que afirmam que não há estudos conclusivos que comparem o uso de ocitocina no terceiro período com os efeitos da amamentação sobre a ocorrência de hemorragia e anemia, e citaram pesquisas com conclusões divergentes sobre o tema, levantando os efeitos adversos da ocitocina, como náuseas, vômitos, aumento da pressão arterial. Os autores argumentam ainda que a recomendação de ocitocina profilática pela OMS não é baseada em evidências robustas, principalmente para gestações de risco habitual. Neste estudo, comparou-se a utilização de ocitocina endovenosa no terceiro período com a utilização de bombas de leite, simulando a sucção realizada pelo recém-nascido nos mamilos. Como resultado, apesar de o número absoluto de mulheres investigadas que sofreram perda de sangue superior a 500 mL ter sido maior entre as que utilizaram a ocitocina, não houve diferença estatisticamente significativa na ocorrência de hemorragia nem nos níveis de hematócrito 24 horas após o parto entre os dois grupos. Porém, aquelas que utilizaram a bomba de leite tiveram maior número de mamadas, manifestaram mais satisfação e menos dor. O estudo foi realizado em um hospital no Irã, que não permitia o contato pele a pele da mãe com o bebê após o nascimento, o que justifica a utilização da bomba em detrimento da sucção realizada pelo bebê. Segundo Odent (2002), o contato da mãe com o bebê logo após o nascimento, de maneira natural

e instintiva, promove uma grande descarga natural de ocitocina endógena, responsável pelo início da criação do vínculo entre mãe e bebê, que supostamente vai além daquela produzida pelo estímulo isolado de sucção nos mamilos, por abranger ainda mais fatores promotores.

Outras variáveis e intervenções relacionadas à ocorrência de HPP ainda são investigadas, como a ordenha do cordão umbilical, que consiste na drenagem do sangue do cordão umbilical. Vasconcelos et al (2018) pesquisaram a validade desta intervenção ao compararem a ocorrência de HPP entre um grupo controle, que manteve o cordão clampeado após o corte, e um grupo experimental, que teve seu sangue drenado até o esvaziamento, e não encontraram diferenças entre os dois grupos. Compararam seus achados com os de outros estudos que relacionaram a ordenha à diminuição da ocorrência de HPP e ponderam que seu estudo foi mais controlado, tendo seguido as recomendações da OMS durante o trabalho de parto, o que pode ter evitado a incidência de hemorragia pela não utilização indiscriminada de ocitocina durante o trabalho de parto e eliminação da prática da episiotomia, entre outras intervenções, além da restrição da população de estudo a gestantes de baixo risco. As características do público dessa pesquisa, por si só, já reduzem o risco de HPP.

Odent (2016), amparado por sua vasta experiência e atuação e observação de trabalhos de parto, passou por diferentes paradigmas e cenários, defende que, para que o trabalho de parto ocorra naturalmente e com o mínimo de intercorrências, a mulher precisa se sentir protegida e ter privacidade, em um ambiente acolhedor, quente e com pouca luminosidade. Esse é o ambiente procurado, instintivamente, pela mulher, quando é permitido que siga seus instintos. E esse é o ambiente que estimula a produção da ocitocina, o hormônio do amor, que promove o vínculo entre a mãe e o bebê e as contrações uterinas mais importantes para a expulsão e para a miotamponagem. Em ambientes antagônicos a esse, a mulher ficará alerta, sentirá medo, frio e não terá um ambiente propício à baixa atividade do neocórtex, o cérebro racional, e ao afloramento de seus instintos primitivos. A mulher, nesse ambiente, ativa seu sistema simpático, e, junto com ele, secreta a adrenalina, o hormônio antagônico à ocitocina durante o trabalho de parto. Assim, em um ambiente em que se sinta observada, acuada, receba ordens, sofra violência, não receba seu bebê nos braços e estabeleça o contato pele a pele após o nascimento, como ocorre com frequência em ambiente hospitalar, dificilmente produzirá naturalmente a ocitocina necessária ao processo fisiológico de hemostasia.

Sob este paradigma e considerando a diversidade de cenários onde o parto pode ocorrer, alguns estudos se dispuseram a investigar se o ambiente do parto e o modelo da assistência prestada poderiam influenciar na ocorrência da HPP.

Davis et al (2012) pesquisaram, a ocorrência de hemorragia em mulheres com gestação de baixo risco, atendidas em estabelecimentos de saúde de baixa, média e alta complexidade e em domicílio, por “midwives” ou parteiras (certificação que equivalente às obstetizes ou enfermeiras obstétricas no Brasil). A ocorrência de HPP foi investigada em relação ao local de parto e à conduta do terceiro período, se ativa ou expectante. Como resultados, o local planejado para o parto não influenciou a ocorrência de hemorragias, porém, a conduta ativa foi relacionada a risco duas vezes maior de sua ocorrência. Neste estudo, foi considerado dentro do grupo conduta fisiológica, os casos nos quais não foi aplicada a ocitocina profilática e também aqueles nos quais a ocitocina foi aplicada pela ocorrência de algum sinal que indicasse sua utilização. Desta forma, não foram separadas as gestantes que não utilizaram a ocitocina das que a utilizaram. Porém, a conduta de não se aplicar o uterotônico profilático de maneira generalizada, e sim quando percebida sua necessidade, se mostrou mais eficaz do que a aplicação generalizada, adotada na conduta ativa.

Nesse estudo, que teve como população as mulheres atendidas por parteiras, a incidência de HPP foi menor do que a notificada no país. Os autores ponderam que este fato pode estar relacionado à coorte empregada, de baixo risco, ou à subnotificação, porém, levantaram a possibilidade de estar relacionado ao modelo de atendimento, que inclui continuidade do cuidado prestado e o atendimento individualizado, que pode proporcionar maior vigilância. O ambiente do parto não apresentou relação direta com a ocorrência de HPP. É possível que o local eleito pela mulher seja onde ela se sente mais segura, o que pode configurar um fator de *stress* a menos. Fahy (2009), que considera que o manejo fisiológico não se restringe à ausência das intervenções do manejo ativo, mas se constitui em uma conduta ativa e complexa, que visa proporcionar um ambiente que favoreça o funcionamento da fisiologia, a secreção de ocitocina e prolactina, e não seja favorável à liberação dos hormônios do estresse, como as catecolaminas, durante todo o trabalho de parto, por meio de condutas como a promoção do contato pele a pele, o estabelecimento da amamentação e a iluminação baixa.

Tan et al (2008) compararam a incidência de HPP em mulheres atendidas por médicos, médicos de família e parteiras e a relação com o modelo de atenção prestado por cada profissional. Os autores entrevistaram membros das diferentes categorias profissionais quanto às condutas empregadas durante o trabalho de parto e concluíram que, a pesar de as parteiras terem mais consciência das recomendações da conduta ativa, praticavam mais a conduta expectante, ou uma conduta mista, prestando um atendimento individualizado em função da necessidade de cada mulher, enquanto os médicos adotavam a conduta ativa em quase sua totalidade de atendimentos. Não houve diferença quanto à ocorrência de HPP entre os atendimentos prestados pelos diferentes profissionais, e os autores atribuíram este resultado ao acompanhamento das mulheres pelas parteiras por muitas horas após o parto, seja domiciliar ou em estabelecimento de saúde, que as habilita a agir a qualquer sinal de alerta, além de agirem seguindo as preferências das mulheres e sua experiência, o que as torna menos dependentes de agentes profiláticos externos.

Os estudos apresentados trazem reflexões sobre a fisiologia do terceiro período do trabalho de parto, os fatores que podem contribuir para a ocorrência da HPP e, conseqüentemente, qual seria a melhor conduta para evitá-la.

Peppe (2017), em pesquisa sobre o pós-parto de partos domiciliares planejados, levantou evidências sobre a maior satisfação das mulheres atendidas neste ambiente, de sua escolha, a menor incidência de intervenções, como a episiotomia e amniotomia, além da promoção do contato pele a pele imediato e o estabelecimento da amamentação na primeira hora de vida e menor incidência de complicações como a HPP. Neste ambiente, possivelmente, a mulher tem mais condições de ter um trabalho de parto natural, conduzido por seus próprios instintos e hormônios.

Portanto, partindo-se do princípio que o ambiente domiciliar e o atendimento por parteiras (definidas, neste estudo, como profissionais com formação certificada por instituição qualificada) favorece o funcionamento da fisiologia do parto, este trabalho se propõe a abordar os partos realizados nessas condições, e sua relação com os desfechos relacionados à hemorragia pós-parto.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Descrever os desfechos relacionados à conduta adotada no terceiro período por equipes de Parto Domiciliar no Distrito Federal e a ocorrência de Hemorragia Pós-Parto em seus atendimentos e suas concepções sobre o terceiro período do parto.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 2.2.1. Identificar a incidência de HPP em partos domiciliares planejados atendidos por equipes de Parto Domiciliar do Distrito Federal.
- 2.2.2. Identificar a conduta adotada pelas equipes para a prevenção da HPP.
- 2.2.3 Identificar as concepções de parteiras e enfermeiras obstetras que atendem Parto Domiciliar no Distrito Federal sobre os fatores relacionados à ocorrência de HPP.
- 2.2.4 Correlacionar as concepções e condutas das equipes aos desfechos relacionados à hemorragia pós-parto nos seus atendimentos.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com as abordagens quantitativa e qualitativa dos dados. Para a abordagem quantitativa o delineamento foi transversal, descritivo e retrospectivo e para a abordagem qualitativa foi a narrativa com entrevista. O estudo foi realizado entre os meses de outubro a dezembro de 2020.

As equipes de Parto Domiciliar (PD) são compostas, geralmente, por duas profissionais com formação em enfermagem obstétrica, em obstetrícia ou formação similar. Elas fazem o acompanhamento das mulheres durante o pré-natal, parto e puerpério. O acompanhamento do parto compreende a assistência em domicílio desde o início da fase ativa do trabalho de parto até o período de ao menos 4 horas após o nascimento. Elas monitoram o trabalho de parto e prestam assistência à mulher e ao recém-nascido (RN) durante esse período, e ficam disponíveis para as necessidades do binômio durante todo o período perinatal. Este estudo incluiu os dados de três equipes que atendem parto domiciliar no Distrito Federal nos moldes descritos. Duas delas, equipes A e C, formadas por duas enfermeiras obstetras cada, e a equipe B formada por uma “midwife” que atua como parteira principal e realiza o pré-natal individualmente e atende os partos com parteiras assistentes com formações variadas, incluindo profissionais com a mesma formação que a sua e enfermeiras obstetras.

Na primeira etapa da pesquisa, foram coletados os dados dos prontuários dos atendimentos realizados pelas equipes de parto domiciliar, por meio de um instrumento de coleta de dados elaborados pelas autoras que continham informações sobre características sociodemográficos (idade, estado civil, escolaridade), dados relacionados ao trabalho de parto, parto e pós parto imediato (integridade da bolsa amniótica, duração da fase ativa, condição do períneo, administração de ocitocina profilática e ocorrência de hemorragia pós parto) e características do recém nascido (idade gestacional, peso, Apgar) (APÊNDICE A). Os critérios de inclusão dos prontuários foram: prontuários de gestantes elegíveis para o parto domiciliar, que não necessitaram de transferência hospitalar antes e/ou durante o trabalho de parto, e que o desfecho do parto foi no domicílio.

Na segunda etapa, foi elaborado um roteiro de entrevistas semiestruturado composto por questões (formação acadêmica, tempo de assistência ao parto domiciliar, preocupação sobre parto domiciliar, condutas adotadas no terceiro período, os procedimentos mais importantes no terceiro período, aplicação de ocitocina de rotina,

aspectos a serem considerados na tomada de decisões sobre condutas no terceiro período) (APÊNDICE B). As entrevistas foram realizadas por meio dos aplicativos “Zoom” e “Skype”, gravadas com o consentimento das participantes e transcritas. Nesta etapa participaram da pesquisa, uma enfermeira obstétrica e neonatal da Equipe A, uma *midwife* (com certificação internacional de parteira) da Equipe B, e uma enfermeira obstétrica da Equipe C, que responderam pela atuação de suas respectivas equipes de atendimento ao parto domiciliar no Distrito Federal entre os anos de 2010 e 2020.

Os dados foram armazenados em um banco de dados construído no programa Microsoft Office Excel e depois transportado para os programas Statistical Package for the School Science (SPSS) versão 27. Posteriormente foram realizadas as seguintes análises descritiva: com confecção de tabelas de frequência, medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e dispersão (desvio padrão), para os dados referentes à caracterização sociodemográfica e sobre as variáveis de desfechos relacionados aos partos, e para as entrevistas a análise baseou-se no método da Análise de Conteúdo categorial temática de Bardin (MENDES E MISKULIN, 2017)

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB – CEP CAAE: 28958520.8.0000.0030 (ANEXO A).

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização dos dados

A amostra foi constituída por 422 prontuários que atenderam aos critérios de inclusão estipulados para este estudo, sendo 299 provenientes da Equipe A, 76 provenientes da Equipe B e 47 provenientes da Equipe C. A Tabela 1 apresenta as características das mulheres atendidas.

Tabela 1: Características sociodemográficas das mulheres atendidas pelas equipes de parto domiciliar. Brasília, DF, Brasil, 2021.

Variável	N	%
Idade		
19 -23	15	03,6
24- 28	78	18,5
29-33	192	45,5
34-38	115	36,7
39-43	22	05,2
Estado Civil		
Solteira	18	04,3
Casada	288	68,2
União Estável	112	26,5
Separada	2	00,5
Sem Registro	2	00,5
Escolaridade		
Ensino Fundamental	1	00,2
Ensino Médio	58	13,7
Ensino Superior	296	70,1
Pós-Graduação	65	14,7
Sem Registro	2	00,5

A média de idade de todas as mulheres atendidas foi de 32 anos. Considerando o grau de escolaridade, a maioria das mulheres atendidas tinha ensino superior completo, o que revela um público que tem acesso a informações e pertence a classes socioeconômicas privilegiadas.

Os dados relativos ao trabalho de parto e parto estão apresentados na Tabela 2. Foram tabulados dados sobre a integridade das membranas amnióticas, duração da fase ativa, condição do períneo, ocorrência de hemorragia pós-parto, utilização de ocitocina IM no terceiro período, transferências para o ambiente hospitalar, e dados dos recém-nascidos.

Tabela 2: Variáveis durante o trabalho de parto e pós-parto imediato dos partos atendidos pelas equipes de parto domiciliar. Brasília, DF, Brasil, 2021.

Variável	N	%
Integridade da Bolsa Amniótica		
Amniorexe prematura	73	17,3
Amniotomia	86	20,4
Sem Amniotomia ou Amniorrexe prematura	263	62,3
Duração da Fase Ativa		
Até 3:59h	257	60,9
4 a 5:59h	77	18,2
6 a 8:59h	56	13,3
>8:59h	31	07,3
Não Informado	1	00,2
Condição do Períneo		
Sem trauma ou sem sutura	343	81,3
Laceração 1º ou 2º grau suturada	79	18,7
Laceração de 3º ou 4º grau	0	00,0
Ocitocina Profilática		
Sim	100	23,7
Não	322	76,3
Hemorragia Pós Parto		
Hemorragia Pós Parto assistida pela equipe no domicílio	23	5,5
Hemorragia Pós Parto com transferência hospitalar	03	0,7

Amamentação na 1ª hora		
Sim	421	99,8
Não	1	00,2

Contato pele a pele		
Sim	421	99,8
Não	1	00,2

Quanto à integridade das membranas, a grande maioria teve a rotura naturalmente durante o trabalho de parto ativo. Considerando a duração da fase ativa do trabalho de parto, 60,9% teve duração menor que quatro horas, e 40,1% foram trabalhos de parto mais prolongados, o que é considerado fator de risco para o desenvolvimento de HPP. De todas as mulheres atendidas, 79 (18,7%) tiveram lacerações que necessitaram de sutura, que foram realizadas em domicílio, e nenhuma mulher teve laceração maior que segundo grau. Não houve nenhum registro de episiotomia.

As três equipes somaram um total de 23 ocorrências de hemorragia pós-parto. Quanto à aplicação de ocitocina profilática no terceiro período, administraram em 100 partos.

Dos sete casos de HPP registrados por uma das equipes, apenas para dois a parteira julgou necessária a aplicação de ocitocina IM, que ocorreu somente após a instalação da hemorragia. Os demais foram manejados com a administração de fitoterápicos (tintura de raiz de algodoeiro, “bolsa de pastor” e “black e blue cohosh”) a utilização de uma sonda vesical para esvaziamento da bexiga, ou sem medicação. A perda sanguínea para esses casos foi estimada entre 600 a 700 mL. As outras duas equipes tiveram taxa maior de aplicação da medicação, que foi utilizada não somente nas mulheres que desenvolveram a HPP, mas também como profilaxia.

Do total de partos que se concretizaram em domicílio, 23 (5,5%) mulheres apresentaram HPP, e foram integralmente assistidas pelas equipes em domicílio, outras três (0,7%) mulheres foram classificadas como hemorragias severas e necessitaram de cuidados disponíveis apenas em ambiente hospitalar, e todos os casos tiveram desfechos positivos.

Dos 422 partos realizados no ambiente domiciliar, apenas um não foi possível o contato pele a pele entre mãe e bebê e amamentação na primeira hora, devido às condições de saúde da mãe, que desenvolveu HPP e retenção placentária e necessitou de

transferência. Todos os recém-nascidos tiveram o clampeamento tardio do cordão umbilical e apenas um RN necessitou de transferência hospitalar por desconforto respiratório, mesmo atingindo Apgar maior que 7 no 5º minuto.

Na Tabela 3 são apresentados os dados dos desfechos dos partos domiciliares relativos aos recém-nascidos:

Tabela 3: Características dos recém-nascidos recepcionados pelas equipes de parto domiciliar. Brasília, DF, Brasil, 2021.

Variável	N	%
Classificação quanto a Idade Gestacional		
AIG	398	94,3
GIG	12	02,8
Peso do RN		
2,0 a 2,5 Kg	04	00,9
2,6 a 3,0 Kg	84	19,9
3,1 a 3,5 Kg	208	49,3
3,6 a 4,0 Kg	97	23,0
>4,0 Kg	29	06,9
Apgar		
Apgar no 1º minuto		
<7	03	0,7
>7	419	99,3
Apgar no 5º minuto		
<7	0	0
>7	422	100,0

4.2. Caracterização das Profissionais

As profissionais entrevistadas que pertencem às equipes de parto domiciliar incluídas no estudo possuem formações distintas. Duas são enfermeiras obstetras (sendo que uma delas também é enfermeira neonatal) e uma é parteira profissional, formada pelo curso de formação de parteiras com no Registro Norte-Americano de Parteiras e possui certificação internacional como parteira.

Em relação à assistência ao Parto Domiciliar Planejado, as principais preocupações elencadas foram diferentes entre as profissionais, envolvendo desde elementos da assistência a preocupações relacionadas às especificidades do modelo do parto domiciliar, ao cenário político, e à sua inserção na rede de atenção à saúde. As entrevistas foram analisadas e organizadas quanto as categorias analíticas: “Especificidades do Modelo de atenção do Parto Domiciliar”, “Inserção parto domiciliar na rede de atenção à saúde”, “Capacitação, vigilância e classificação de risco das gestantes para a elegibilidade ao parto domiciliar”, “Condutas adotadas no terceiro período”, “Ambiência, Vigilância e contato pele a pele” e “Ocitocina Endógena”.

Especificidades do Modelo de atenção do Parto Domiciliar

O modelo de atenção ao Parto domiciliar é distinto do modelo hospitalar, e as parteiras manifestaram preocupação com a compreensão das diferenças tanto pelos envolvidos na assistência quanto pelo público que contrata seu serviço.

“Eu acho que a minha principal preocupação em relação ao PD é que as mulheres façam uma escolha plenamente esclarecida em relação a partir em casa” (Parteira 2)

“não basta você transferir o modelo hospitalar pra casa, ele não cabe. Então você precisa ter uma capacitação de profissionais que entendam a questão plena do que se chama hoje de humanização do parto, então o respeito da mulher como protagonista do processo, né, práticas baseadas em evidências, um profissional que tenha um enfoque mais holista do processo, ou seja, que consiga enxergar a mulher em toda a sua inserção social, a nível familiar, a nível de classe econômica, onde ela está neste espectro, e também aspectos mais da coisa da individualização do cuidado, então, quem é essa mulher, quais são as crenças dela, qual é a

origem étnica dela, então, acho que o profissional que trabalha em casa precisa ter um enfoque mais global, e obviamente humanizado, são os preceitos do que hoje se chama no Brasil de humanização do parto,. E aí, tendo em conta que o ambiente domiciliar, ele é um ambiente diferente, então existem algumas intervenções que não devem ser feitas em casa, eu acho que isso faz parte do processo de capacitação desse profissional, pra ele entender que tem coisas não cabem, você não pode transferir o modelo do hospital para a casa, tem algumas coisas que não cabem.” (Parteira 2)

“no ambiente doméstico você tem que respeitar o ritmo que aquele parto tá acontecendo, então já aconteceu de a gente transferir uma mulher que tava com 8 cm a não sei quanto tempo de contração, que passou totalmente, não tinha mais nada, já fizemos tudo, botamos pra dormir, demos comida, muitas horas, e aí fala: ”a, botar uma ocitocina nasce”. Tá, mas quem me garante que esse útero que não contraiu pro bebê nascer vai contrair no pós-parto, né? Então acho que a gente ter uma postura de equilíbrio, de meio do caminho, eu acho que nessa parte é o melhor assim. Às vezes as pessoas ficam agoniadas com a placenta, e assim, tração controlada é tração controlada, não é puxar, e aí acabam fazendo um monte de iatrogenia, ou usando medicações em partos domiciliares que não é pra usar, induzindo parto, e aí você tem as complicações disso, então, eu acho que em um ambiente domiciliar, um olhar pra fisiologia do parto, ela tem que ser muito mais apurada, sabe?” (Parteira 1)

Inserção parto domiciliar na rede de atenção à saúde

As parteiras expressaram como principal preocupação a marginalidade e o preconceito relacionado ao parto domiciliar no sistema de saúde e à situação dos profissionais que, apesar de toda a competência e preparação com o atendimento, enfrentam um grande obstáculo quando necessitam de uma transferência para o hospital:

“a capacidade de colocar essa mulher em tempo suficiente dentro de um serviço que vá ser resolutivo caso ela tenha alguma emergência e precise de alguma coisa. E esse (terceiro) aspecto no Brasil é muito falho, porque o PD é totalmente marginalizado do sistema, você não tem uma referência. Você tem equipes que dependem muito do contato pessoal, delas fazerem contato com hospitais, ou com outros profissionais pra poder garantir o atendimento, principalmente dentro do sistema privado. Mas no

público, isso é algo muito difícil, quando você tem que encaminhar, e isso acaba que leva as mulheres, a gente coloca as mulheres em situação de risco quando isso não existe.” (Parteira 1)

“Quando você precisa desse cuidado, ele não estar disponível, ou tá disponível numa velocidade que não atende, sem capacitação do hospital pra dentro, com julgamento do jeito que ele acontece. Então tem a ver com isso, como que ele não é inserido no sistema, né, como fica à margem do sistema de saúde”. (Parteira 1)

Capacitação, vigilância e classificação de risco das gestantes para a elegibilidade ao parto domiciliar:

A elegibilidade das mulheres ao parto domiciliar é o primeiro critério para a decisão pelo parto nesse ambiente. As três parteiras reconhecem que a classificação de risco habitual é um fator decisivo para a segurança, assim como a preparação dos profissionais e a vigilância durante o processo.

“Minha maior preocupação é em garantir, mesmo, uma assistência zelosa, garantir que está sendo tudo muito bem monitorizado, garantir que foi feita uma boa triagem, da elegibilidade dos riscos, e estar apta sempre a atender situações de emergência, caso tenha” (Parteira 3)

“O PD (Parto domiciliar) é seguro desde que você atenda a alguns critérios. Então, um deles é a classificação de risco, de quem pode e quem não pode ter o bebê em casa, o segundo deles tem a ver com a capacitação da equipe” (Parteira 1)

“Eu acho que a minha principal preocupação em relação ao PD é que as mulheres façam uma escolha plenamente esclarecida em relação a parir em casa, isso é o que me preocupa mais, seguido da seleção das mulheres que podem parir em casa, que sejam mulheres de baixo risco, e em terceiro lugar a capacitação das pessoas que atendem parto domiciliar e o modelo de atenção ao parto domiciliar, essas são as 3 preocupações mais gerais, digamos assim, que eu tenho” (Parteira 2)

As parteiras entrevistadas convergiram na maioria de suas preocupações em relação ao parto domiciliar. Consideram que implica em um modelo de atenção

diferenciado, que precisa ser encarado como tal pela assistência e pelas mulheres que optam por ele. Todas as entrevistadas manifestaram preocupações relacionadas à atenção adequada, por meio da capacitação, da vigilância e da seleção das mulheres.

Condutas adotadas no terceiro período

As entrevistadas relataram ter flexibilidade para eleger a conduta adotada, em função de fatores como a dinâmica do trabalho de parto e do histórico construído durante o pré-natal.

Em relação ao terceiro período do parto, apenas uma parteira relatou adotar como padrão a conduta ativa, envolvendo os principais procedimentos preconizados pela OMS e OPAS:

“A gente adota a conduta ativa de 3º período em geral, que é a tração controlada do cordão, com massagem uterina e Ocitocina profilática após o nascimento do bebê.” (Parteira 1)

Quanto à conduta expectante, as outras parteiras declararam priorizá-la, no entanto adotam elementos da conduta ativa quando julgam necessários:

“Geralmente, a gente tem uma conduta mais expectante assim, se tá tudo ok, o bebê nasceu e foi um trabalho de parto fisiológico, a gente espera que a placenta saia espontaneamente. Se, porventura, foi um parto taquitócico, né, um parto mais rápido, ou um parto que exigiu muito desse útero, ou se é uma múltipara, que tem maior risco de sangramento, aí a gente adota a postura mais ativa, então a gente faz a ocitocina 10 UI IM e faz a tração controlada do cordão. Mas só nessas situações especiais.” (Parteira 3)

“minha conduta de praxe, digamos assim, é uma conduta expectante, eu acho que isso faz parte da formação que eu tive, né, e da maneira com que eu passei a me sentir mais à vontade no manejo do terceiro estágio” (Parteira 2)

Apesar das parteiras declararem adotar prioritariamente a conduta expectante, uma delas adota a conduta ativa quando constata alguns fatores de risco para o estabelecimento da HPP, como prevenção. A outra parteira só adota alguns elementos da

conduta ativa quando a hemorragia já está estabelecida, ou se for vontade da mulher, acordada antes do parto. A parteira que declarou adotar a conduta ativa como protocolo, explicou que passou a adotar este posicionamento apenas nos últimos partos, o que pode ser observado durante a análise dos dados coletados nos prontuários. Dessa forma, como já observado na apresentação dos dados dos prontuários, duas equipes adotam uma conduta mais próxima, enquanto a outra equipe adota como regra a conduta expectante. Tal fato pode estar relacionado à formação das profissionais.

Ambiência, Vigilância e contato pele a pele

Quanto aos principais procedimentos adotados no terceiro período, as três participantes consideram como mais relevantes a promoção do contato pele a pele entre mãe e bebê, a atenção ao ambiente e a vigilância. Esses três elementos foram os primeiros a serem abordados nas três entrevistas, conforme os trechos transcritos a seguir:

“Pra mim o mais importante é a ambiência, assim, então, o bebê acabou de nascer, é deixar em contato pele a pele, manter o silêncio, deixar que essa mulher sinta o cheiro do bebe, ouça os sons que ele emite, manter o ambiente, aquela tranquilidade que estava no nascimento, porque assim, ela libera a ocitocina natural, que já previne hemorragias, né, então, é evitar agitação, esse é o principal ponto do terceiro estágio.” (Parteira 3)

“num parto domiciliar você tem um cuidado de um pra um, né, então você tá ali né, então, na minha conduta, não é só você, obviamente você tem que olhar e prestar atenção nos sinais de que a placenta desprendeu, você tem que ficar atento a isso, você tem que ficar atento nos sinais da mulher, então como que estão os sinais vitais da mulher, como é que tá a aparência geral dessa mulher, como é que ela tá lidando com tudo (...) a gente sabe que o contato pele a pele com o bebe naquela primeira hora propicia esse pico dessa ocitocina endógena” (Parteira 2)

“a vigilância é muito importante, então a gente não pode sair do lado enquanto essa placenta não saiu e o útero ainda não tá contraído, mas não significa que estar do lado você precise estar interferindo naquela cena né? Então, quando você falou, eu pensei logo nas medidas padrões de terceiro período, de manejo ativo, mas claro que a gente não separar mãe de bebê, a gente promover uma ambiência que esse casal, ou a mulher com sua parceria, ou

a mulher com o seu bebê, possa produzir o máximo de ocitocina que eles precisam, ter privacidade, ter muito contato, e interferir o mínimo possível nessa fisiologia, atrapalhar o menos possível. Isso não deixa de ser uma intervenção. Então eu acho que é garantir esses fatores, a ocitocina é muito importante, a gente faz porque já tem muita evidência, né, que diminui morte, diminui mesmo hemorragia, não tem por que a gente não fazer, e a vigilância. Porque quando você pega uma hemorragia muito no começo, é muito mais fácil de corrigir do que quando você perde esses primeiros minutos, né.” (Parteira 1)

Ocitocina endógena

Em relação à administração da ocitocina como conduta ativa, sua importância foi vinculada às evidências científicas que recomendam sua administração.

“a ocitocina seria um adjuvante. Contato pele a pele, não separar mãe de bebê, promover um ambiente de intimidade e privacidade é o principal, mas a ocitocina é algo que a gente, nos últimos anos não deixa de fazer, porque a gente tem muita evidência também mostrando que isso diminui morte, diminui hemorragia.” (Parteira 1)

Atenção à “dinâmica” do ambiente, do corpo da mulher e individualização do cuidado

A individualização do cuidado, sua relação com o ambiente e as reações de seu organismo àquela situação específica foi considerada um fator importante para o cuidado e a prevenção da HPP.

“Tem uma coisa também que eu acho que são os distratores, a gente já, em um tempo atrás a gente não fazia ocitocina de rotina no pós parto e a gente considerava esses fatores todos. Mas, por exemplo, um parto que tem muita gente. Teve uma moça que a gente fez porque, no momento do nascimento foi aquele parto liso, redondo, não tinha ninguém em volta, aquele desprendimento lento, não tinha nenhum fator de risco, e daí na hora que ela pegou aquele bebe, ela tinha mais três filhos. Daí entrou a molecada e começou uma gritaria, olha pra lá, “mãe”, e a molecada falando, e a mulher olhava pra todos os lugares menos pra aquele bebê. Então a gente leva também isso em consideração, né? Acho que garantir, é claro que você pode ter uma assistência individualizada

pra aquele casal, pra aquela mulher, pra aquela família” (Parteira 1)

“Então em casa a gente tem essa tranquilidade, eu não tenho outra mulher que tá me esperando, eu tô atenta ali, e eu fui formada pra tá atenta nisso. A questão da perda de sangue, a gente sabe que é muito difícil estimar, né? Quando fazem testes, todo mundo tenta estimar pra mais a perda sanguínea, é difícil vc tá estimando ali. Mas aí eu acho que novamente, e até em alguns textos de parteria, de medicina você não acha, mas em alguns textos você acha assim que isso é um pouco subjetivo, essa perda, porque tem mulheres que perdem menos que 500 ml e elas não ficam legal, e tem mulheres que perdem mais que 500 ml e elas ficam bem. Então assim, acho que em casa você tem essa liberdade, digamos assim, de você tá personalizando, individualizando esse cuidado. Então, como que tá essa mulher em relação a essa perda sanguínea que ela tá tendo.” (Parteira 2)

A princípio, a questão sobre o “por que não se utilizar a ocitocina” não estava prevista no início da pesquisa, mas surgiu durante a primeira entrevista, já que o enfoque da conduta ativa foi dado à sua aplicação com certa relativização. As respostas a esta questão foram todas focadas na valorização da fisiologia, na questão ideológica da confiança do funcionamento do corpo da mulher e no receio de interferir com o seu equilíbrio natural:

“eu acredito nesse processo fisiológico do parto, e eu acredito mais do que no parto humanizado, eu historicamente sou uma adepta do que o pessoal chamava de parto natural, então, o parto natural, ele tem essa premissa de que o parto, fisiologicante, ele funciona. Agora, nas instâncias aonde tem alguma coisa aonde tá saindo da fisiologia e não tá caminhando como deveria, aí eu acho que é o papel do profissional conseguir agir, pra fazer do seu melhor que isso volte, né? Pra que volte pro curso da fisiologia, ou que a gente remedie uma situação que fugiu da fisiologia” (Parteira 2)

“A gente sempre fica com aquela pulga de que, tô interferindo num momento que eu não precisaria? Entendeu? Então assim, se tá tudo tão redondo.” (Parteira 1)

“eu vejo que o principal fator de risco é quando mexe muito ali no pós-parto. E no parto domiciliar, a gente consegue preservar a ambiência. Com isso, as mulheres liberam muita ocitocina endógena” (Parteira 3)

“Eu descrevo muito essa filosofia na questão de uma escada, (...) conforme vai aumentando o grau de agressividade da intervenção, mais você vai subindo nessa escada, (...)Então primeiro você vai

conversando, lógico que você vai, num contexto de hemorragia, não é que você passa horas em cada degrau, vai passar ali segundos, minutos no máximo, vai pulando de degrau pra degrau, e, às vezes, os degraus mais baixos eles já funcionam, você não precisa chegar num degrau intermediário, né, e eu acho que, quanto mais você respeita a fisiologia do parto como um todo, mais os degraus iniciais, eles tendem a funcionar bem, porque você tá intervindo menos com o processo fisiológico do parto, né? Porque tem todo um processo hormonal aí escondido, né, do processo de parto, que a gente não fala muito, eu acho que toda a literatura médica hoje, ela aborda muito essa questão de maneira protocolar mesmo, né? (...) nessa escada, você já entra aqui (em cima), né, não existe um questionamento, ah, a fisiologia foi preservada antes? Porque muitas vezes também não foi, né, o parto, ele já começou aqui, então daqui você só pode subir mais, não dá mais pra descer.” (Parteira 3)

“eu vejo que a aplicação rotineira da ocitocina exógena, ela causa muito mais cólicas no pós-parto. Então, as mulheres queixam de muito mais cólicas quando é feita a ocitocina” (Parteira 3)

DISCUSSÃO

A caracterização socioeconômica das mulheres corrobora com os dados encontrados em outros estudos sobre parto domiciliar planejado. A idade média de 32 anos é similar à encontrada por Santos et al (2018), de 31,6.

O trabalho de Santos et al (2018) evidenciou a predominância de mulheres com ensino superior completo (97,9%), número próximo dos 70,1% deste estudo e do encontrado na revisão sistemática realizada por Cursino e Benincasa (2020), na qual a incidência oscilou entre 53% e 71,4%. Koettker et al (2018), em estudo abrangendo todo o território nacional e 667 casos, também encontraram predominância de ensino superior (65,6%). A predominância de mulheres casadas ou com união estável nesse estudo (94,7%) também foi identificada no trabalho de Santos et al (2018), de 90%. O trabalho de Liu et al (2021) encontrou aumento do risco de HPP associado a idade inferior a 18 anos.

Os dados e as observações das autoras citadas vão ao encontro do colocado por Peppe (2017), que descreve o público que busca o parto domiciliar planejado composto por mulheres de classes socioeconômicas privilegiadas, que têm acesso à informação e buscam uma atenção individualizada, respeitosa, holística e segura, que respeite a fisiologia em detrimento da medicalização. Este público tende a tomar decisões informadas, entendendo que a assistência prestada sob o modelo apresentado é segura e embasada em atuação que se preocupa como a prevenção de intercorrências como a HPP.

Considerando os dados sobre o trabalho de parto e parto, os dados das condições das membranas também se assemelham aos achados por Santos et al (2018), que encontrou 9,1% de amniotomia e 21,2% de amniorexe prematura, dados próximos aos 17,3% e 20,4% deste trabalho, respectivamente. No estudo de Cursino e Benincasa (2020), a amniotomia oscilou de 8% a 9,9% e Koettker et al (2018) relatou 5,4% de amniotomia.

A duração da fase ativa na maioria dos partos foi menor que 4 horas, assim como encontrado no estudo de Santos et al (2018). Quanto às condições do períneo, 81,3% foram classificados como sem trauma ou sem sutura. Santos et al (2018) apresentou dados semelhantes em seu estudo, 73,3%, e na revisão de Cursino e Benincasa (2020) a incidência variou de 72,7% a 65,2% de períneos sem traumas ou suturas.

Assim como esse estudo, os outros trabalhos citados não registraram lacerações de 3º ou 4º graus. A episiotomia foi registrada entre 0,47% a 6,1% dos trabalhos revisados

por Cursino e Benincasa (2020), não tendo sido registrada em nenhum dos prontuários consultados neste estudo. Lacerações de 1º ou 2º graus suturadas foram registradas em 49,4% em um dos estudos revistos por Cursino e Benincasa (2020), enquanto neste trabalho a taxa foi de 18,72% e 26,2% no estudo de Santos et al (2020). Koettker et al (2018) também não registraram nenhuma episiotomia e encontraram em 37,8% dos casos laceração de 1º grau; em 28,5%, de 2º grau; 0,7%, de 3º grau; e uma laceração de 4º grau (0,2%). Do total, 57,8% foram suturadas. Os dados dos estudos apresentados apontam mais um ponto deste modelo de relacionamento à prevenção da HPP, visto que a episiotomia e o segundo período do parto prolongado estão associados ao aumento de sua incidência, como encontrado no trabalho de Borovac-Pinheiro et al (2021) e evidenciado por Macedo e Lopes (2018).

A aplicação de 10 UI de ocitocina IM no terceiro período foi realizada em 23,7% dos PDP avaliados neste estudo, dado que vai ao encontro do estudo de Santos et al (2020) que teve 20% de aplicação de ocitocina IM no terceiro período.

A HPP ocorreu em 5,5% dos casos neste estudo, tendo sido necessária a transferência para o hospital de 0,7% dos casos. O estudo de Santos et al (2020) relatou taxa de 3,7% de complicação no terceiro período, sendo uma HPP corrigida em domicílio e duas associadas a retenção placentária (uma delas relacionada a HPP) que necessitaram de transferência (2%).

Os dados apresentados são coerentes à revisão sistemática e meta análise de Scarf et al (2018), que levantou resultados maternos e perinatais de mulheres com gestação de risco habitual por locais de parto, comparando partos hospitalares com partos planejados em domicílio e centros de parto normal em países desenvolvidos e evidenciou melhores resultados para os partos extra-hospitalares, que tiveram menos intervenções e menores taxas de HPP e traumas perineais, dentre outros resultados.

Considerando as características dos recém-nascidos, 94,3% dos RN foram classificados como AIG, 2,8% GIG e 2,8% PIG. No estudo de Santos et al (2018), a classificação de AIG foi de 93,7%, enquanto PIG e GIG 2,5% e 3,8% respectivamente. Em relação ao peso dos bebês, 49,3% dos RN nasceram pesando entre 3,1 a 3,5 Kg, dado semelhante ao apresentado por Santos et al (2018), que encontrou taxa de 47,5% na mesma faixa. A grande maioria dos RNs classificados como AIG com peso entre 3,1 e 3,5 Kg é um fator protetor da HPP, que tem como fator de risco a macrossomia (MACEDO e LOPES, 2018; LIU et al, 2021).

A amamentação na primeira hora e o contato pele a pele, que não foram possíveis em apenas um dos casos analisados neste trabalho, devido à condição materna, representando a taxa de 0,2%, teve taxas de 81,5% e 87,5 respectivamente no trabalho de Santos et al (2018), o que representa dados muito próximos, considerando que citado estudo trabalhou com 99 prontuários.

Em relação à percepção das parteiras quanto à condução da HPP no terceiro período, as três demonstraram ter muitos pontos em comum, no entanto algumas divergências foram notadas e convergem com o que foi observado nos respectivos dados coletados nos prontuários. Quando apresentam suas preocupações relacionadas ao ambiente domiciliar para a assistência ao parto, nenhuma delas citou, diretamente, inseguranças relacionadas à ocorrência de HPP, que é a segunda maior causa de morte materna no Brasil, seguida da pré-eclâmpsia e eclâmpsia (MACEDO, LOPES, 2018), que contra-indicam o parto domiciliar. Dessa forma, a HPP pode ser considerada o principal fator potencial de complicações maternas para o parto domiciliar. No entanto, todas manifestaram a importância de se seguir os critérios de elegibilidade das gestantes para o parto domiciliar, o treinamento para a atenção, a vigilância e a compreensão do contexto diferenciado do parto domiciliar. Assim, elas se sentem seguras e aptas a dar a atenção necessária para contornar eventuais emergências, o que vai ao encontro da afirmação da OMS, de que as mortes por HPP são, em sua maioria, evitáveis se atendidas por profissionais capacitados (WHO, 2014).

Quanto ao manejo do terceiro período, as Parteiras 1 e 3 relataram uma conduta mais semelhante do que a Parteira 2. Todas elas priorizaram, na maior parte dos atendimentos, a conduta expectante, porém, as parteiras 1 e 3 relataram aplicar condutas do manejo ativo quando detectam algum fator de risco, enquanto parteira 2 inicia alguma intervenção farmacológica depois do estabelecimento da HPP, e após outras intervenções, utilizando, ainda, medicamentos fitoterápicos na maioria dos casos. Os dados sobre uso de ocitocina 10 UI IM, muito mais frequente pelas duas equipes, é condizente com os relatos das entrevistas.

As parteiras citaram como fatores de risco para HPP, que abre espaço para uma conduta mais ativa, a distensão uterina aumentada, por macrossomia ou polidrâmnio, trabalho de parto prolongado, expulsivo rápido, que demandam mais esforço da musculatura uterina. Essas situações também estavam anotadas nos prontuários quando da aplicação de ocitocina profilática pelas equipes A e C, e são situações de risco aumentado apontadas pela literatura (MACEDO, LOPES, 2018).

Outros elementos, no entanto, além dos comumente abordados na literatura, foram acrescentados como critérios de decisão à conduta do terceiro período, como a vontade declarada pela mulher e algum fator que tenha impedido ou interferido no contato da mãe com o bebê nos primeiros momentos após o nascimento, além da distância entre a casa da mulher atendida e o hospital de referência e as condições desse hospital, o que influenciaria a qualidade da atenção quando da necessidade de uma transferência. Esses são elementos que reforçam a visão de Tan et al (2008) e os achados de Peppe (2017) sobre a atenção mais individualizada e atenta das parteiras.

As falas de todas as parteiras, independentemente da conduta adotada, expressam preocupação com a vigilância e a promoção de fatores que favoreçam a fisiologia da mulher. Mesmo a parteira que declarou ter adotado como prática a conduta ativa nos últimos atendimentos, entende como o fator mais importante para a prevenção de hemorragia a promoção de condições que favoreçam a produção de ocitocina endógena. Com apenas uma exceção, por incapacidade da mãe de pegar o bebê devido à hemorragia, em todos os partos analisados neste estudo, os bebês foram para o colo de suas mães após o nascimento, as luzes permaneceram baixas, a temperatura ambiente elevada. E a vigilância constante foi praticada com o mínimo de intervenção na cena do nascimento. Como salientado por uma das parteiras, o “*não interferir na fisiologia*” não significa não fazer nada. Os termos conduta ativa e conduta expectante ou passiva podem remeter à mensagem de “fazer coisas” e “não fazer nada”, respectivamente. Porém, esse “não fazer nada”, segundo o relato das entrevistadas, consiste, na realidade, em atenção constante e cuidado com o ambiente. É a “conduta fisiológica”, abordada por Tan et al (2008) e Fahy (2016), que se traduz na promoção de fatores que favoreçam a manifestação da fisiologia para a produção de ocitocina endógena e a consequente contração uterina. É, na verdade, a valorização e a oportunização do protagonismo da mulher e sua fisiologia durante todo o processo do parto.

Peppe (2017), em pesquisa com parteiras que atendem parto domiciliar no estado de São Paulo, também descreveu diferentes relatos de atuação no terceiro período. Ela observou que, apesar da falta de padronização, o cuidado tende a ser mais personalizado. As participantes envolvidas nessa pesquisa também manifestaram a importância do contato pele a pele e da vigilância no terceiro período.

Ainda sobre as razões que sustentam as escolhas sobre a conduta no terceiro período, a ponderação de uma das parteiras sobre os efeitos colaterais da ocitocina é condizente com os achados na meta-análise da base de dados Cochrane realizada por Begley et al

(2010), que, ao compararem desfechos da aplicação dos manejos ativo e expectante, além de não encontrarem redução estatisticamente relevante de incidência de HPP grave para mulheres de baixo risco para sangramento, apontou a incidência maior de hipertensão, dor, desconforto, sangramento após a alta e baixo peso ao nascer relacionados à conduta ativa.

As parteiras, em momentos diversos das entrevistas, manifestaram a “crença” no princípio de que a fisiologia funciona, e que se deve interferir o mínimo possível nela para que se preserve o equilíbrio do processo do parto. Este modo de trabalhar respeita os limites do parto domiciliar, que, como foi colocado, não é a transferência da atenção hospitalar para a casa da parturiente, e sim uma atenção sob outros paradigmas.

Esse posicionamento é o fio condutor das suas práticas. Elas compreendem a fisiologia, e seu trabalho maior consiste em observar, proteger e conduzir para que se manifeste quando detectam algum desvio, ou, quando não é possível, passar o cuidado para outro nível, o que envolve a transferência para a atenção hospitalar.

Como resultado dessa assistência, o índice de 4,6% de HPP e 0,6% de hemorragias mais graves, que necessitaram de transferência e tiveram desfechos positivos após a atenção hospitalar, é o melhor cenário previsto pela literatura, que prevê índices de 5 a 18% (OPAS, 2018). Se analisarmos os dados separando os dados das Equipes A (da Parteira 1) e C (Parteira 3) da Equipe B (Parteira 2), que têm condutas diferenciadas, chegamos ao resultado de 16 casos de HPP para os 398 atendimentos, que resultam em um índice de 4% para as Equipes A e C e 7 casos para os 89 atendimentos da Equipe B, que se traduz em 7% de HPP. É importante ponderar que todos os casos da Equipe B foram contornados em domicílio, e a perda sanguínea registrada não passou de 700 mL e os três casos de hemorragia que necessitaram de assistência hospitalar foram das Equipes A e C.

A visão de Odent (2012, 2016) preconiza a privacidade para a entrega da mulher ao trabalho de parto, para que seu cérebro primitivo possa se manifestar e, conseqüentemente, seus instintos e sua fisiologia comandem o processo de maneira equilibrada.

A aplicação de uterotônico no pós-parto imediato, preferencialmente ocitocina 10 UI IM, é uma recomendação da OMS (OPAS, 2018) e está presente em quase todos os trabalhos consultados para a elaboração desse estudo. Porém, como já exposto, as evidências que embasam essas recomendações foram produzidas em ambientes não controlados, muito diferentes do ambiente domiciliar, e sem a consideração da

classificação de risco das mulheres. No parto extra-hospitalar, as parteiras zelam pela ambiência, se dedicam à vigilância e atendem exclusivamente gestações de risco habitual.

Os protocolos e recomendações associados à prevenção de hemorragia pós-parto são focados na ação do profissional de saúde, nas intervenções, e não em ações que tenham como protagonista a mulher. São focados em corrigir, remediar, e não em dar condições para seu corpo funcionar.

Nas “Recomendações Assistenciais para Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Hemorragia Obstétrica”, da OPAS e Ministério da Saúde (OPAS, 2018), há destaque para a importância da capacitação e a vigilância para a prevenção da HPP. Porém, ao elencar medidas de prevenção, a aplicação de ocitocina IM 10 UI é ranqueada em primeiro lugar, como o principal componente para a prevenção da HPP, seguida do clampeamento do cordão umbilical após o 1º minuto, da tração controlada do cordão umbilical, da vigilância e massagem uterina após a dequitação da placenta. O documento recomenda também o contato pele a pele mãe -filho, porém, o justifica como *“uma medida de saúde pública e determina importante benefício para o vínculo mãe-filho”*, diz ainda que *“Teoricamente essa medida pode oferecer proteção contra a HPP, contudo tal achado ainda não foi encontrado”*. O documento expressa a importância da ocitocina, já que é a primeira recomendação sua aplicação exôgena, porém não reconhece e o contato pele a pele como uma *“intervenção”* capaz de estimular a sua produção endógena, considerando sua prática dentre as *“medidas adicionais e de impacto variável”*.

Portanto, o principal elemento dos estudos e protocolos conhecidos para conter a hemorragia pós-parto é a ocitocina. Porém, o foco das intervenções é a ocitocina exôgena. Os estudos que embasam os protocolos de prevenção da HPP partem da premissa de que há a necessidade de sua suplementação, assumindo de certa maneira, que há uma deficiência na sua produção

A atuação e as falas das parteiras entrevistadas neste trabalho, que encontram identidade com os estudos de Odent (2002; 2016) e outros apresentados nesse trabalho, trazem uma visão diferente, entendendo que a assistência ao parto deve ser focada na manutenção e proteção da fisiologia e tratando cada parto individualmente, individualizando, portanto, as intervenções, quando necessárias.

Os dados dos prontuários e das falas das profissionais entrevistadas evidenciam um cuidado que prioriza o conhecimento sobre cada mulher atendida, abarcando desde sua classificação de risco para ser elegível ao parto domiciliar, passando por suas preferências individuais, suas crenças, seus medos, e agregando esses conhecimento à

atenção ao ambiente do parto, que deve proporcionar segurança e privacidade, além da promoção do contato pele a pele e da amamentação na primeira hora de vida e da rejeição de práticas como a episiotomia e interferência na condução do parto fisiológico. Como evidenciado nos dados apresentados e na literatura, esses fatores favorecem partos mais rápidos, que exigem menos das mulheres e do miométrio, promovem a secreção de ocitocina endôgena, que promove o tônus uterino, geram menos trauma de trajeto, por episiotomia ou laceração e estão associados a desfechos positivos relacionados à HPP. Essas intervenções são embasadas em achados científicos e devem ser tratadas com rigor, para além da romantização que eventualmente é propagada nas mídias e pelo senso comum.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As condutas relatadas pelas parteiras que participaram desse estudo e registradas nos seus prontuários têm alguma variação. Porém, os elementos centrais aplicados na sua prática para a prevenção da HPP são a vigilância, o cuidado com a ambiência e a promoção do contato pele a pele entre mãe e bebê. Todas tratam cada caso individualmente, e determinam as necessidades de intervenções em função da história de cada mulher e o desenvolvimento do processo de parto. Há a preocupação primária de proteger o ambiente para que a fisiologia tenha espaço de se manifestar e de se considerar intervenções com o intuito de preservar ou retornar à fisiologia. O entendimento do modelo de parto extra-hospitalar e as próprias limitações do ambiente domiciliar, expostos pelas parteiras, conduzem a essas condutas.

As recomendações da OMS e do Ministério da Saúde e os protocolos de prevenção de HPP têm a conduta ativa como premissa. Esses documentos têm suas recomendações embasadas em evidências científicas, porém, há questionamentos sobre o ambiente, o público e as condições nas quais os dados que as embasam foram produzidos.

A despeito das recomendações oficiais, os resultados dos atendimentos das equipes investigadas indicam que uma atenção que priorize a fisiologia e promova as condições para que ela se desenvolva, prime pela vigilância, com base em capacitação e em evidências científicas para a tomada de decisão sobre intervenções individualizando as necessidades de cada mulher tem embasamento científico, por favorecer a secreção de ocitocina endógena e reduzir riscos associados à HPP, conduzindo a bons resultados.

REFERÊNCIAS

BEGLEY, C. M.; GYTE, G. M.; DEVANE, D.; MCGUIRE, W.; WEEKS, A.; BIESTY, L. M. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [S.L.], p. 1-137, 13 fev. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6372362/>. Acesso em: 03 mar. 2021.

BELGHITI, J.; KAYEM, G.; DUPONT, C.; RUDIGOZ, R.-C.; BOUVIER-COLLE, M.-H.; DENEUX-THARAUX, C.. Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case-control study. **Bmj Open**, [S.L.], v. 1, n. 2, p. 1-9, dez. 2011. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/1/2/e000514>. Acesso em: 03 mar. 2021.

BOROVAC-PINHEIRO, A.; RIBEIRO, F. M.; PACAGNELLA, R. C.. Risk Factors for Postpartum Hemorrhage and its Severe Forms with Blood Loss Evaluated Objectively - A Prospective Cohort Study. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 43, n. 2, p. 113-118, Fev. 2021. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032021000200113&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Maio 2021.

CURSINO, T. P.; BENINCASA, M.. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 1433-1444, abr. 2020. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401433. Acesso em 19 maio. 2021.

DASHTINEJAD, E.; ABEDI, P.; AFSHARI, P.. Comparison of the effect of breast pump stimulation and oxytocin administration on the length of the third stage of labor, postpartum hemorrhage, and anemia: a randomized controlled trial. **Bmc Pregnancy And Childbirth**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 1-8, 7 jul. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6035460/>. Acesso em: 03 mar. 2021.

DAVIS, D.; BADDOCK, S.; PAIRMAN, S.; HUNTER, M.; BENN, C.; ANDERSON, J.; DIXON, L.; HERBISON, P. Risk of Severe Postpartum Hemorrhage in Low-Risk Childbearing Women in New Zealand: exploring the effect of place of birth and comparing third stage management of labor. **Birth**, [S.L.], v. 39, n. 2, p. 98-105, maio 2012. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1523-536X.2012.00531.x>. Acesso em: 03 mar. 2021.

FAHY, K. M. Third Stage of Labour Care for Women at Low Risk of Postpartum Haemorrhage. **Journal Of Midwifery & Women'S Health**, [S.L.], v. 54, n. 5, p. 380-386, set. 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19720339/>. Acesso em 03 mar. 2021.

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE ASOCIACIONES DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG). **Hemorragia Postparto. Donde estamos y hacia donde vamos?** 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Ministério da Saúde. **Portal de Boas Práticas** Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/>. Acesso em: 05 mar. 2021.

KOETTKER, J. G.; BRUGGEMANN, O. M.; FREITA, P. F.; RIESCO, M. L. G.; COSTA, R. Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 52, p. 1-7, 23 nov. 2018. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342018000100460&script=sci_arttext. Acesso em 19 maio 2021.

Liu, C. N.; Yu, F. B.; Xu, Y. Z.; Li, J. S.; Guan, Z. H; Sun, M. N.; Liu, C. A.; He, F.; Chen, D. J. Prevalence and risk factors of severe postpartum hemorrhage: a retrospective cohort study. **BMC Pregnancy Childbirth**. [s. l] abr 2021 Apr v. 21p. 1-8 Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33902475/>. Acesso em 21 maio 2021.

MACEDO, P. C.; LOPES, H. H. HEMORRAGIA PÓS-PARTO: um artigo de revisão. **Revista de Patologia do Tocantins**, [s. l], v. 8, n. 3, p. 59-64, 3 set. 2018.

MENDES, R. M.; MISKULIN, R. G. S.. A análise de conteúdo como uma metodologia. **Cad. Pesqui.**, São Paulo , v. 47, n. 165, p. 1044-1066, Set. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742017000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 maio 2021.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J.. **Obstetrícia**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

ODENT, Michel. **A Cientificação do Amor**. 2. ed. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

ODENT, Michel. **Pode a Humanidade Sobreviver à Medicina**. Rio de Janeiro: Instituto Michel Odent, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto**. Brasília, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Manual de orientação para o curso de prevenção de manejo obstétrico da hemorragia: Zero Morte Materna por Hemorragia**. Brasília, 2018

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Recomendações Assistenciais para prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Hemorragia Obstétrica**. Brasília, 2018.

OSANAN, G.; PADILLA, H.; REIS, M.; TAVARES, A. Strategy for Zero Maternal Deaths by Hemorrhage in Brazil: a multidisciplinary initiative to combat maternal morbimortality. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / Rbgo Gynecology And Obstetrics**, [S.L.], v. 40, n. 03, p. 103-105, mar. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29609191/>. Acesso em: 03 mar. 2021.

PEPPE, Mariana Vitor. **A assistência puerperal prestada pelas enfermeiras obstetras e/ou obstetrites que realizam o parto domiciliar planejado no estado de São Paulo**. Orientador: Juliana Stefanello. 126 f. Dissertação (Mestrado em de Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

SANFELICE, C. F. O.; SHIMO, A. K. K. Home childbirth: progress or retrocession?. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 35, n. 1, p. 157-160, mar. 2014.

SANTOS, S. S.; BOECKMANN, L. M. M.; BARALDI, A. C. P.; MELO, M. C. Resultados de partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 129, 12 abr. 2018. Disponível em. <http://dx.doi.org/10.5902/2179769228345>. Acesso em 03 mar. 2021.

SCARF, V. L.; ROSSITER, C.; VEDAM, S.; DAHLEN, H. G; ELLWOOD, D.; DELLA, F.; FOUREUR, M. J; MCLACHLAN, H.; OATS, J.; SIBBRITT, D. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. **Midwifery**, [S.L.], v. 62, p. 240-255, jul. 2018. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.024>. Acesso em 03 mar. 2021.

TAN, W. M.; KLEIN, M. C.; SAXELL, L.; SHIRKOOHY, S. E.; ASRAT, G. How Do Physicians and Midwives Manage the Third Stage of Labor? **Birth**, [S.L.], v. 35, n. 3, p. 220-229, set. 2008. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536x.2008.00243.x>. Disponível. Acesso em 03 mar. 2021.

VASCONCELOS, F. B.; KATZ, L.; COUTINHO, I.; LINS, V. L.; AMORIM, M. M. Placental cord drainage in the third stage of labor: randomized clinical trial. **Plos One**, [S.L.], v. 13, n. 5, p. 1-10. maio 2018. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0195650>. Acesso em 03 mar. 2021.

YILDIRIM, D.; OZYUREK, S. E.; EKIZ, A.; EREN, E. C.; HENDEM, D. U.; BAFALI, O.; SECKIN, K. D. Comparison of active vs. expectant management of the third stage of labor in women with low risk of postpartum hemorrhage: a randomized controlled trial. **Ginekologia Polska**, [S.L.], v. 87, n. 5, p. 399-404, jun. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27304659/#:~:text=Conclusions%3A%20Although%20Active%20management%20of,low%20risk%20of%20postpartum%20hemorrhage.> Acesso em 03 mai 2021.

APÊNDICE A

Instrumento de Coleta de Dados:

Equipe de PD: _____

Nome: _____

Idade:

Grau de Escolaridade:

Estado Civil:

Ocupação:

Antecedentes obstétricos:

Paridade:

Partos:

Normal

Cesárea

Ambos

Vaginal:

PDP

Hospitalar

CPN

Avaliação do TP e parto no domicílio:

FCF

sem alteração

bradicardia leve

bradicardia severa

taquicardia leve

sem registro

Estado das membranas amnióticas:

Íntegras

Amniorrexe prematura

Amniorrexe

Amniotomia

Sem registro

Coloração do líquido amniótico:

Claro

Meconial

Sem registro

Posição de parto:

Semi-sentada na água, ajoelhada na água

Gaskin na água, cócoras na água

Gaskin genupeitoral

Cócoras, sentada na banqueta de parto

Decúbito lateral, semi-sentada

Em pé

Duração da fase ativa até a expulsão:

Até 3:59 min

4 horas a 5:59 min
5 horas a 8:59 min
+ 8 horas

Partograma :

Preenchido
Não preenchido

Dinâmica uterina:

Bradissistolia
Taquissistolia
Sem alteração

Métodos não farmacológicos:

Banho de imersão
Banho terapêutico de chuveiro
Bola suíça

Acompanhante:

Sim
Não

Acompanhante:

Companheiro
Doula
Filhos

Condições do períneo:

Sem trauma ou sem sutura
Laceração de 1º ou 2º grau suturada

Medicação no pós parto imediato:

Nenhuma
Ocitocina

Contato pele a pele:

Sim
Não
Sem registro

Amamentação:

Sim
Não
Sem registro

Peso dos RN:

< 3000 g
3000-3500 g

3501-4000 g
> 4000 g

Apgar no 1º minuto:

< 7

≥ 7

Apgar no 5º minuto:

< 7

≥ 7

Classificação do RN:

PIG

AIG

GIG

Intercorrência no pós parto imediato no domicílio

Sim

Não

Intercorrência?

Necessidade de transferência

Sim

Não

Clampeamento tardio:

Sim

Não

Intercorrência com RN?

Transferência para hospital

Sim

Não

Motivo:

No TP ativo:

Sim

Não

Motivo:

Transferência no Pós parto imediato:

Sim

Não

Motivo:

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. QUAL A SUA FORMAÇÃO?
2. A QUANTO TEMPO ATENDE PARTO DOMICILIAR?
3. QUAL A SUA PRINCIPAL PREOCUPAÇÃO EM RELAÇÃO AO PARTO DOMICILIAR?
4. QUAL CONDUTA VOCÊ ADOTA NO TERCEIRO PERÍODO DO PARTO?
5. QUAIS PROCEDIMENTOS CONSIDERA OS MAIS IMPORTANTES NO TERCEIRO PERÍODO?
6. POR QUE NÃO APLICAR A OCITOCINA DE ROTINA?
7. QUAIS VARIÁVEIS CONSIDERA MAIS IMPORTANTES PARA TOMAR DECISÕES SOBRE AS CONDUTAS A ADOTAR NO TERCEIRO PERÍODO?
8. GOSTARIA DE ACRESCENTAR ALGUMA INFORMAÇÃO QUE JULGUE IMPORTANTE E NÃO FOI ABORDADA?

APÊNDICE C



UnB
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Departamento de Enfermagem
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO
BRASÍLIA - DF

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos a Senhora a participar voluntariamente do projeto de pesquisa Desfechos maternos e neonatais de partos domiciliares planejados no Distrito Federal, sob a responsabilidade da pesquisadora Mônica Chiodi Toscano de Campos. O projeto é um Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília.

O objetivo desta pesquisa é compreender como é prestado o cuidado no trabalho de parto, parto e pós parto domiciliar planejado e descrever os desfechos maternos e neonatais de partos domiciliares planejados no Distrito Federal.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

A sua participação se dará por meio entrevista compartilhando as experiências de assistência prestada no atendimento ao trabalho de parto, parto e pós parto domiciliar planejado, realizarei algumas perguntas e essas perguntas servem para dar direção a nossa conversa. A conversa será realizada via Skype, em data e hora previamente agendada conforme a sua disponibilidade, também será gravada, e transcrita, ou seja, vou ouvi-la e digitá-la transformando-a em um texto; além disso, vou pedir para responder um questionário sociodemográfico. A duração da entrevista dependerá do decorrer da nossa conversa, pois poderá falar livremente, mas acreditamos que não ultrapassará uma hora.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos, podendo ocorrer algum desconforto dependendo de como você esteja no dia, mas você poderá pedir para parar a conversa ou se retirar da pesquisa sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios a quais tenha direito. Os pesquisadores se comprometem a oferecer todo o esclarecimento prévio sobre a pesquisa as participantes e garantir a assistência psicológica quando for necessária.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você será indenizada, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Esther Carone Blumenfeld e/ou Prof^a Mônica Chiodi Toscano de Campos, na Universidade de Brasília no telefone (61) 3107- 2030, (61) 99242-3291, disponível inclusive para ligação a cobrar, e/ou email monicachiodi@unb.br, esther_cb@hotmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

No início da nossa entrevista realizaremos a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, então você decide se participará ou não da pesquisa. Caso aceite, terá que dizer “Eu _____ RG _____, após receber estas informações e sabendo dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa”. Esse momento será gravado, e substituirá a assinatura do termo. Uma via deste termo será enviada a participante.

Esther Carone Blumenfeld

Profª Drª Mônica Chiodi Toscano de Campos

Brasília, ____ de _____ de _____.

ANEXO A