

Emprego de intervenções por obstetrizes no parto domiciliar planejado: entre riscos, demandas e necessidades

Use of interventions by midwives during planned home births: risk, demands and needs (abstract: p. 15)

Empleo de intervenciones por parte de matronas en el parto domiciliario planificado: entre riesgos, demandas y necesidades (resumen: p. 15)

Priscila Kiselar Mortelaro Franceschini^(a)

<priscilamortelaro@gmail.com> 

Mary Jane Paris Spink^(b)

<mjspink@pucsp.br> 

Lilian Conceição Guimarães de Almeida^(c)

<lcga@ufba.br> 

^(a) Pós-graduanda do Programa de Enfermagem e Saúde (Pós-Doutorado), Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia (UFBA). Rua Basílio da Gama, s/n, Canela. Salvador, BA, Brasil. 40110-907.

^(b) Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

^(c) Escola de Enfermagem, UFBA. Salvador, BA, Brasil.

O objetivo deste artigo é identificar os elementos que as obstetrizes levam em consideração para o emprego de intervenções em partos domiciliares. Para tanto, realizaram-se entrevistas semiestruturadas com cinco profissionais entre agosto de 2020 e maio de 2021. O material obtido foi analisado por meio de mapas dialógicos, processo do qual resultaram duas categorias: enfoque na segurança e além do risco. Os resultados indicam que, em primeiro lugar, as obstetrizes planejam a assistência levando em conta o risco provável de morbimortalidade e o risco materializado em cada trabalho de parto. Enquanto a segurança é inquestionável, as profissionais consideram as demandas e necessidades das parturientes na tomada de decisão. Conclui-se que as parturientes são o ponto de referência para o emprego de intervenções, de modo que o processo de tomada de decisão se reconfigura em cada experiência de parturição.

Palavras-chave: Parto domiciliar. Obstetrizes. Tocologia.

Introdução

Desde que a população se constituiu como problema de governo e objeto de controle, a Medicina e suas áreas correlatas ocupam um lugar privilegiado nas relações de poder. Produzindo regimes de verdade que embasam normatividades, tais saberes intervêm tanto no nível individual, disciplinando corpos, quanto no populacional, por meio da biopolítica, regulando processos de natalidade, mortalidade e longevidade a fim de fixar um equilíbrio¹.

Segundo Spink², discursos sobre risco definem territórios linguísticos que demarcam os campos de gestão da vida, tendo lugar privilegiado no embasamento das práticas clínico-assistenciais e no delineamento de diretrizes de Saúde Pública. No interior de cada campo, desenham-se formas específicas de falar sobre risco, as quais estão presas a diferentes tradições discursivas. A primeira tradição, que antecede a emergência da noção de risco como a entendemos na modernidade, diz respeito à fala do senso comum sobre perigos e infortúnios imprevisíveis que fogem da possibilidade do cálculo. A tradição do risco-perigo é pouco considerada em análises mais sofisticadas, mas se faz presente no modo de falar sobre eventos adversos no cotidiano.

Com a emergência da noção moderna de risco, surge uma nova tradição discursiva que reflete a maneira de se relacionar com o futuro e os esforços empregados para geri-lo². O novo território linguístico coincide com a tomada da população como problema de governo, movimento por meio do qual a economia se tornou o novo fundamento das estratégias de gestão da população, tendo a estatística e os cálculos de probabilidade como principais instrumentos técnico-científicos.

O novo discurso sobre o risco passa a se apoiar na demografia, nas estimativas e nos cálculos sobre a relação entre recursos e habitantes, sobre a vida e sua duração provável, realizando aquilo que Foucault¹ chamou de gestão calculista da vida. Segundo Spink², essa tradição referenda medidas coletivas, inclusive no campo da saúde, mas também, como subproduto, introduz processos de disciplinarização da vida privada.

De acordo com reflexões mais críticas desenvolvidas no âmbito das ciências sociais e humanas em saúde, o conceito de risco acaba resultando na estigmatização de grupos populacionais em que determinados agravos sejam prevalentes segundo a epidemiologia³. Ademais, a estratégia discursiva que visa ao manejo dos riscos frequentemente resulta em políticas de saúde que implicam o controle de comportamentos, cerceiam a autonomia dos sujeitos do cuidado e atravessam a tomada de decisões em relação às práticas assistenciais. Contudo, mesmo as ciências em saúde mais críticas ao conceito se utilizam dele para elaborar diretrizes específicas de cuidado que visam à garantia da segurança de pacientes e usuários dos serviços de saúde.

Mesmo com suas vocações de disciplinarização e controle operacionalizadas por meio do conceito de risco, deve-se reconhecer que há uma tensão constitutiva do trabalho em saúde⁴. Essa tensão é caracterizada pelo encontro entre profissionais com suas valises tecnológicas, seus saberes, protocolos e instrumentos de gestão do risco à saúde, e as/os usuárias/os com suas demandas e necessidades particulares. No presente contexto de disputa, observou-se uma crescente problematização da intensa medicalização e das práticas de cuidado que moralizam e impõem modelos de comportamento.

Em sua pretensão científica, a obstetrícia incorporou o discurso do controle e dos riscos. Com base no caráter, supostamente patológico e falho do corpo feminino, a produção de conhecimentos sobre o trabalho de parto afirmou de maneira contundente o risco inerente ao processo⁵. Tais ‘falhas’ passaram a justificar a centralidade da tecnologia e dos profissionais que têm a prerrogativa de empregá-la.

Do mesmo modo, também surgiram discursos críticos ao papel que o risco cumpre na gestão dos corpos e nas escolhas femininas no âmbito da obstetrícia. Ao conjunto de problematizações de discursos e práticas voltadas à medicalização dos corpos parturientes, principalmente os femininos, dá-se o nome de movimento de humanização. Tal movimento é composto por um grupo heterogêneo de profissionais e ativistas que buscam voluntariamente questionar as bases de uma obstetrícia intervencionista e fortalecer modelos de atenção ao parto que desafiam a hegemonia médica na assistência ao período gravídico puerperal⁶. Nesse contexto, novos agentes de cuidado ganham espaço, entre os quais se encontram as obstetrizes, profissionais cujo cuidado contínuo e transversal prestado durante o pré-natal, parto e puerpério se encontra associado a resultados, à redução da mortalidade materna e à satisfação da parturiente⁷.

Os princípios do movimento de humanização podem ser observados com clareza no projeto político pedagógico e na estrutura curricular do único curso que forma obstetrizes no Brasil, vinculado à Universidade de São Paulo. Com enfermeiras obstetras formadas via especialização ou residência, as obstetrizes têm competências para atuar na atenção à gestação, ao parto e ao puerpério de risco habitual, segundo diretrizes do Ministério da Saúde, enfocando a normalidade do período gravídico-puerperal e questionando a centralidade da tecnologia na atenção ao parto, de acordo com as diretrizes da International Confederation of Midwives⁸.

A análise do projeto político-pedagógico⁸ do curso permite perceber que a formação das obstetrizes considera as implicações concretas da epidemiologia para o planejamento e a implementação do cuidado, embora incorpore a crítica proveniente das ciências sociais e humanas em saúde do lugar ambivalente do conceito de risco no trabalho em saúde⁹. Nesse sentido, a centralidade da Medicina Baseada em Evidências no PPP do curso ilustra a relevância do risco probabilidade como pilar constituinte nos processos de tomada de decisão das obstetrizes em suas práticas assistenciais. Observa-se, portanto, a coexistência da crítica do uso instrumental e irrefletido do conceito de risco para gestão da vida e do uso de tecnologias em saúde norteadas pelo próprio conceito, como guias e manuais para estratificação de risco e determinação de condutas apropriadas.

Partindo do pressuposto de que o risco cumpre papel central no planejamento da assistência e na adoção de condutas, que outros elementos estão envolvidos no processo de tomada de decisão e ação das obstetrizes inseridas no movimento de humanização do nascimento e atuantes em partos domiciliares planejados? Por esse questionamento, nosso objetivo é identificar os elementos que essas profissionais levam em consideração para o emprego de intervenções nesse contexto assistencial.

Metodologia

Trata-se de pesquisa de caráter exploratório e abordagem qualitativa. Para obtenção das informações analisadas e discutidas, foram entrevistadas cinco parteiras urbanas atuantes na atenção ao parto domiciliar planejado (PDP). As participantes foram selecionadas, intencionalmente, por meio de uma lista fornecida por uma informante-chave constando dez profissionais, a informante veio a ser a primeira entrevistada. Adotaram-se como critérios de inclusão a Graduação em obstetrícia e a atuação em PDP na capital de São Paulo, Brasil. O enfoque nas profissionais que atuam na atenção domiciliar contribui para avaliar como se dá o processo de tomada de decisão dessas profissionais, uma vez que sua atuação se encontra marcada pela autonomia.

Foram excluídas da coleta aquelas que não tiveram disponibilidade para participar da pesquisa no período. As entrevistas foram conduzidas durante os meses de agosto de 2020 a maio de 2021, após a devida aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme Parecer n. 4.031.049.

Utilizou-se como base um roteiro semiestruturado com o objetivo de preservar os processos de negociação de sentidos¹⁰. O roteiro utilizado contemplou a caracterização da formação recebida e do campo de trabalho em que se inseriam, questões sobre as intervenções que essas profissionais costumam realizar durante o trabalho de parto e nascimento, os instrumentos dos quais dispunham para intervir no processo e os elementos que fundamentam a tomada de decisão e ação.

As entrevistas foram realizadas em ambiente virtual (*Google Meet*), tendo em vista o contexto pandêmico. Obteve-se o consentimento livre e esclarecido e os encontros foram gravados. Cada um deles teve duração média de uma hora, estando presentes na sala virtual apenas a pesquisadora responsável pela realização das entrevistas e a profissional entrevistada na ocasião.

Após a transcrição do material, utilizaram-se mapas dialógicos¹¹ para agregar os enunciados relativos ao lugar do risco na tomada de decisão a outros elementos que balizam intervenções e uso de tecnologias durante o trabalho de parto.

Resultados e discussão

Entre as obstetrites entrevistadas, todas eram mulheres, residiam na capital paulista, possuíam experiência prévia de trabalho em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e haviam concluído a formação há mais de sete anos. A maioria das entrevistadas era branca (60%) e duas delas possuíam título de mestre além do bacharelado em obstetrícia. Vale ressaltar que, na caracterização inicial, todas as participantes se reconheceram inseridas no movimento de humanização do parto e do nascimento. Os enunciados analisados são apresentados a seguir utilizando-se a letra maiúscula 'O', seguida do numeral arábico que corresponde à ordenação das entrevistas (O1, O2 e assim sucessivamente).

Enfoque na segurança: risco probabilidade e risco iminente

Em primeiro lugar, o risco probabilidade é utilizado como recurso para regulamentar quem pode ou não ter um parto domiciliar. Caso haja a presença de algum fator que altera a classificação de risco da gestação, deslocando-a do risco habitual para o risco intermediário ou alto, o parto domiciliar torna-se uma impossibilidade¹². As obstetrites orientam-se por tais protocolos com o objetivo de promover um parto seguro.

Então, é claro que a gente tem uma série de protocolos, não é qualquer mulher que pode ter um parto domiciliar, né, precisa ter uma gestação de risco habitual, que não tem alto risco, e se a qualquer momento durante a gestação se tornar um caso de alto risco, é contraindicado o parto domiciliar. (O2)

A interdição do domicílio como local de parto em casos que há incremento no risco gestacional é a primeira forma pela qual o risco atravessa a condução do processo. Desse modo, a elegibilidade para o parto domiciliar planejado não é uma possibilidade nos casos em que se observa o incremento do risco gestacional¹³.

O domicílio está associado à adoção de certas práticas assistenciais em detrimento de outras, e isso também se aplica ao lugar do risco probabilidade, de caráter mais abstrato e relativo a estimativas populacionais, na assistência oferecida. Sabe-se que o domicílio possibilita às profissionais e parturientes mais autonomia e liberdade para utilizar todos os recursos menos invasivos de que dispõem antes de partir para intervenções mais invasivas¹⁴. Nesse sentido, as entrevistadas argumentam que podem esperar mais tempo para intervir no parto domiciliar do que no parto hospitalar, em que obstetrites e enfermeiras obstetras têm menos autonomia.

É, a gente tem algumas coisas, né. Por exemplo, em um parto domiciliar, a gente vai levando. A gente não tem, não trabalha com tempo, né. Mas, é claro, que a gente vê que tá passando algum tempo e a criança, né, o bebê começa a dar algum deslize, a gente vai avaliar. Em casa, a gente começa com uma intervenção mais sutil, mas no hospital, o que a gente fala “o coraçãozinho não tá tão bacana, o cardiotoco não tá tão bacana, então vamos tentar acelerar esse processo”. É um expulsivo que tá muito demorado? Cada vez que vem a contração o coração também cai, do bebê? A gente vai acelerar esse processo. Então, acho que são medidas para não ter maus desfechos. Diferente de medidas de se acelerar porque a gente precisa daquele leito. (O1)

A partir da década de 1950, parâmetros de normalidade foram estabelecidos, passando a ser considerados para a tomada de decisão e ação na atenção ao parto. Em relação ao tempo de progressão, considerou-se normal dilatação de 1 cm/hora, caracterizando evoluções mais lentas como patológicas. Durante muito tempo, tais parâmetros fundamentaram também a elaboração de instrumentos auxiliares à implementação da assistência, como o partograma¹⁵.

Ao proclamar-se ciência, a obstetrícia produziu seus consensos sobre o tempo normal de progressão do trabalho de parto. Tais parâmetros de normalidade universalizantes podem ser úteis para orientar práticas, mas não contemplam partos que, embora mais lentos, encontram-se dentro da normalidade. Segundo Souza *et al.*¹⁶, o parto é um fenômeno extremamente variável e a avaliação da dilatação cervical em função do tempo é um mau preditor de desfechos adversos graves. Quando se trata de partos concretos, é preciso trabalhar com uma outra temporalidade, considerando-se o que está acontecendo naquele momento e se isso implica algum perigo para parturiente e feto. Nesse momento, as projeções da probabilidade interessam muito pouco e o risco volta a se apresentar como ameaça iminente, de modo que o ‘aqui e agora’ tenha mais valor que projeções abstratas de riscos futuros realizadas com base em estudos estatísticos.

Nesse sentido, as profissionais argumentam que a primeira coisa à qual precisam estar atentas são os sinais de risco iminente para o bem-estar materno-fetal.

Ah, então, tem algumas situações que a gente acaba fazendo intervenções. Então, eu acho que a primeira delas é quando a gente tem um risco iminente de alguma coisa. Ou um risco real pro bebê ou um risco real pra mãe. Então, esse é um dos tipos de intervenção, né. Então, quando eu vejo que um bebê não tá dando conta desse trabalho de parto, eu preciso fazer algumas intervenções pra que ele melhore e pra que ele acabe nascendo mais rápido mesmo, sem grandes repercussões. Então, acho que essa é uma delas. (O3)

Levando-se em consideração a literatura sobre as tradições discursivas que circunscrevem os usos da noção de risco², percebe-se que o termo “risco iminente” e seu sinônimo “risco real” se apresentam como elementos para a tomada de decisão não baseada em estudos epidemiológicos de probabilidade, mas em algum sinal e sintoma identificado no momento do parto que indicam situações que devem ser imediatamente manejadas. Nesse sentido, o risco iminente diz respeito à possibilidade – e não à probabilidade – de ocorrência de um evento adverso detectada pela observação em tempo real.

Para identificar o risco iminente, as profissionais utilizam seus sentidos e sua intuição. A sensibilidade a tais sinais e a intuição são aprimoradas pela aquisição de conhecimento durante a formação universitária, mas são desenvolvidas por meio da experiência – tanto própria como pelo aprendizado por meio da experiência de outras parteiras^{14,15}. Considerando parâmetros de interpretação definidos no âmbito do domínio de saber em que se inserem, elas dão sentido aos achados:

[...] o principal jeito de eu conseguir detectar um risco no trabalho de parto é auscultando o BCF do bebê, o batimento cardíaco do bebê. Então, a gente tem dois aparelhos que a gente usa: um deles é um sonar, que a gente consegue fazer uma ausculta intermitente desse coração do bebê e ele consegue me dizer quão dando conta ele está do trabalho de parto, quão tá sendo ok para ele passar por esse processo; e a gente tem a cardiotocografia também, que é um aparelho que eu tenho que prender na mulher, ele é um pouco mais invasivo porque eu

tenho que colocar duas fitas na barriga dela, e ele me dá um gráfico em torno de vinte minutos, ali, de como que esse bebê está respondendo ao processo. Então, são dessas duas maneiras, né, nesses dois aparelhos, mas é o batimento cardíaco do bebê que me diz se tá tudo bem ou se não tá. Uma outra forma que a gente consegue ver também é se, por algum motivo, rompe bolsa dessa mulher, a gente tem uma presença de um líquido sujo de mecônio, né. Claro que não posso olhar o mecônio sozinho, mas eu junto o mecônio com o batimento do bebê, são dois sinais que me dizem que esse bebê não tá bem. Uma outra forma é a pressão arterial da mãe e os sinais vitais da mãe, né, e a perda sanguínea no pós-parto. Pressão, oxigenação dessa mulher, como é que está sendo. São os parâmetros que eu consigo ver. (O3)

Apesar de a percepção desses sinais estar atravessada pelos saberes estruturados chamados tecnologias leve-duras⁴, há uma dimensão que diz respeito ao desenrolar de cada trabalho de parto e exige que as obstetrizes estejam presentes e atentas durante todo o processo. Aqui, o manejo dos riscos requer que elas mobilizem seus saberes à luz dos sinais identificados pela observação atenta do trabalho de parto, principalmente no acompanhamento dos sinais vitais da parturiente e do feto.

Uma das falas analisadas sobre a hemorragia pós-parto ilustra bem o modo pelo qual os saberes estruturados e a observação dos sinais fundamentam a identificação de intercorrências, a necessidade de intervir: a relação entre o que se sabe e o que se está vendo no momento.

É, são várias coisas. Eu acho que tem um tanto de: eu estudei, eu sei que tal complicação, sei lá, uma hemorragia acontece de tal forma e eu tô vendo isso se desenhando aqui na minha cara, então, eu preciso intervir. (O2)

O que se sabe? Sabe-se que a hemorragia pós-parto (HPP) ocorre em cerca de 1 a 10% dos partos¹⁷. O evento também se encontra associado a condições como história de HPP, anemia e síndromes hipertensivas, macrosomia fetal e trabalho de parto prolongado¹⁸. Alguns dos fatores associados já são considerados nos critérios de exclusão para o parto domiciliar, como a história de HPP, anemia e síndromes hipertensivas, macrosomia fetal. Outros, como o trabalho de parto prolongado, devem ser observados e manejados pelas parteiras conforme forem identificados ao longo do processo.

De modo intrínseco e interdependente ao que se sabe, nossas entrevistadas argumentam que “o que se está vendo” também fundamenta a ação e o emprego de intervenções. O que, então, as profissionais responsáveis pelo cuidado durante o trabalho de parto e o parto devem observar? Nesse aspecto, recomenda-se a estimativa observacional da perda sanguínea, sintomas de hipovolemia e variáveis clínicas do componente hemodinâmico¹⁹.

É em torno daquilo que Spink² chamou de linguagem dos riscos que as obstetrizes organizam conceitualmente sua assistência e, consequentemente, fundamentam suas práticas no trabalho de parto. Elas se orientam por projeções populacionais dos

riscos inerentes à gestação e ao parto, bem delimitadas por estudos de orientação epidemiológica que legitimam ou deslegitimam certas práticas em detrimento de outras. Um exemplo disso é o papel dos estudos de Friedman, publicado na década de 1950 e, posteriormente, de Souza *et al.*, publicado no final da década de 2010, na adoção ou no abandono do partograma com linha de ação¹⁵.

Contudo, ao focarmos na dimensão que o risco assume na singularidade de cada parto, os enunciados mudam. Uma dimensão das condutas adotadas encontra-se relacionada ao risco probabilidade, mas, em última instância, o risco materializado nas intercorrências identificadas por meio dos sinais observados e significados com base “do que se sabe” é, para as obstetrizes, o primeiro aspecto principal que as leva a intervir no parto.

Além do risco: pautando intervenções pelas demandas e necessidades das parturientes

Na análise discursiva, pudemos identificar um enfoque na segurança mediante o uso do risco probabilidade e do risco iminente como critérios de intervenção para emprego de tecnologias. Contudo, demandas e necessidades da parturiente também são consideradas na tomada de decisão e ação, de modo que elementos que transcendem o risco também possuem lugar na implementação do cuidado.

Quando não há risco iminente ao bem-estar materno-fetal, são os desejos da mulher parturiente que pautarão suas condutas.

E eu não sei se tem a ver, mas uma outra coisa que a gente observa e que a gente acaba interferindo é com os desejos dessa mulher. Então, a gente conhece a mulher durante a gestação e a gente sabe o que ela deseja de parto, qual que é o sonho dela mesmo para esse nascimento e algo que ela não gostaria de jeito nenhum, né. Então, é legal a gente ter esse conhecimento e no trabalho de parto a gente acaba fazendo algumas intervenções pra que isso não ocorra. Então, um exemplo é um bebê que ele tá muito perto de nascer, mas as contrações dessa mulher não são tão efetivas, né. Esse bebê vai nascer em algum momento, só que ele vai demorar um pouco mais e ela não quer uma analgesia de jeito nenhum, por exemplo. Tem formas que eu consigo otimizar esse nascimento, pra que ela não peça uma analgesia, porque sei que para ela é algo muito ruim, analgesia. Então, às vezes eu consigo ligar uma ocitocina pra que esse bebê nasça mais rápido, do que pedir uma analgesia, por exemplo. (O3)

Entende-se que a administração de ocitocina e analgesia intraparto não é realizada no contexto domiciliar e o emprego de tais condutas não é prerrogativa de profissionais da enfermagem. Contudo, vale ressaltar que, para que sejam realizadas no contexto hospitalar, mediante transferência, a necessidade desse tipo de intervenção deverá ser identificada previamente pela profissional responsável pela assistência domiciliar. Tendo isso em vista, verifica-se que mesmo intervenções reconhecidamente indesejadas

pelas parturientes não estão descartadas de antemão, mas, antes de utilizá-las, as profissionais lançam mão de outros tipos de intervenção para evitar o seu emprego¹⁵.

Observa-se que o emprego de condutas e tecnologias não está pautado por algum princípio *a priori* relacionado a um ideal de humanização, sendo orientado também por demandas da mulher ou pessoa parturiente trazidas durante o pré-natal. O relato pontua que tecnologias podem ser empregadas a fim de evitar que a parturiente seja submetida a algo indesejável, conforme vontades manifestadas durante o acompanhamento pré-natal. Estudos apontam que a escolha do parto domiciliar geralmente está associada ao medo de práticas hospitalares, como o uso excessivo de intervenções. Por esse motivo, transferência e outras intervenções invasivas costumam ser indesejadas por essas mulheres^{20,21}.

As profissionais argumentam acerca da importância do plano de parto, deixando claro que a função desse instrumento não é apenas projetar o parto ideal e expressar demandas. Esse recurso também permite que as obstetrites visualizem demandas e necessidades das parturientes, bem como possíveis dificuldades a serem superadas por meio de intervenções no processo.

Realmente não é uma visão muito simples de qual é o momento de intervir. Eu já acompanhei parto de três dias e que a mulher tava super bem. Então ela me passou que tava aguentando esses três dias e tava num ritmo bom para o corpo dela. E eu já tive parto de duas horas que realmente a mulher não queria. Então eu acho que... Durante o pré-natal a gente faz um plano de parto, né, tem um plano de parto onde a gente coloca os nossos desejos, o que a gente quer, o que a gente espera do parto e coloca também que a gente imagina que vai ser dificuldade, né. Então se eu percebo depois de ler plano de parto dela que a dificuldade é lidar com a dor, então meu olhar já vai ser muito mais sensível pra essa questão, né. (O4)

Aqui, faz-se necessário diferenciar demandas e necessidades. As primeiras são trazidas de maneira clara e assertiva pelas parturientes, podendo ser conhecidas ao longo do pré-natal por meio da escuta e da criação de vínculo entre parturiente e obstetrite. No processo de cuidado, adquirem um sentido de exigências de quem está manifestando um desejo do âmbito privado^{22,23}. Um dos recursos dos quais essas profissionais dispõem para se familiarizar com as demandas das mulheres e pessoas parturientes a quem atendem é o plano de parto, uma espécie de descrição do parto ideal.

Demandas nem sempre expressam necessidades em saúde. Elas são construídas e identificadas no encontro entre parturiente e profissional que a acompanha, sendo localizadas no espaço e no tempo. Desse modo, as necessidades são sempre situadas, e para identificá-las de maneira adequada é preciso olhar para a mulher em sua integralidade, buscando contemplar a complexidade desse evento¹⁵.

Observa-se no discurso das profissionais que a determinação de suas condutas passa por questões de gênero, raça e condição socioeconômica, levando em consideração em qual ambiente as parturientes podem estar mais ou menos expostas a violências e

outras violações de direitos. Nesse contexto, as vulnerabilidades das mulheres e pessoas parturientes assistidas também se apresenta como um dos critérios utilizados para intervir e empregar tecnologias durante o trabalho de parto.

Tendo em vista a ausência de políticas públicas que garantam a escolha do domicílio como local de parto para gestantes de risco habitual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se o perfil de parturientes mais privilegiadas socioeconomicamente, embora existam projetos sociais para a promoção da acessibilidade ao parto domiciliar planejado, principalmente em capitais brasileiras^{24,25}. A literatura mostra que mulheres negras estão mais expostas à violência obstétrica, portanto, nesses casos, observa-se hesitação na transferência para o hospital²⁶. Contudo, o próprio domicílio pode ser lugar de violência, principalmente conjugal²⁷, de modo que esse fator pode influenciar a escolha por retirar a parturiente do ambiente domiciliar.

Provavelmente ela vai chegar lá e além da violência obstétrica, também pode sofrer essa violência racial e essa negligência, isso é bem comum, então acho que isso guia muito, assim. (O5)

Então, por exemplo, eu atendi um parto de uma mulher que virou uma transferência. Por que virou uma transferência? O bebê tava bem, tava evoluindo, tava tudo certo. Só que a casa dela estava completamente insalubre emocionalmente. Assim, o marido... Ela sentindo dor e eu lembro que o marido falava pra ela “Ué, porque tá gritando? Você não queria isso?”. Era aqueles maridos, não sei se você já conversou com alguma parteira que disse isso, mas você sabe o marido que vai se envolver ou não na primeira consulta. Que tem uns que só tão preocupados com o preço. Esse marido que só tá preocupado com preço, ele dificilmente vai se envolver, ele vai se envolver muito pouco. E era essa pessoa e ele tava assim... Era muito agressivo, o jeito dele tratá-la, enfim, né, ela nunca verbalizou pra gente nenhum tipo de abuso, enfim, mas naquele dia ele tava muito agressivo. Ele tinha uma academia, a academia deles ficava do lado da casa deles, né, e ele do nada tinha aula. Ele ia pra aula enquanto a mulher tava em trabalho de parto e aí ele chamou alguns alunos que estavam na academia, que eram amigos dele, para tomar café, enquanto a mulher tava tendo bebê, sabe, em trabalho de parto. Ele chamou dois casais da família pra ir pra lá, falou “Ah, o bebê vai nascer, vem aqui”, que eram pessoas que não tavam nem um pouco no *script* dela, sabe? A mãe era contra aquilo que ela tava fazendo e a mãe também tava lá e ela tinha duas doulas. Ou seja, aí teve uma hora que a doula brigou com o marido e o marido mandou ela embora, mas a mulher não queria que ela fosse embora. E aí nesse momento [...] eu pensei “gente, esse parto já deu. Já deu, né, infelizmente”. Assim, eu lamento muito por essa mulher. Ela teria todas as condições de parir em casa, se não fosse esse contexto. (O5)

Tendo em vista a polissemia característica do movimento de humanização, nota-se que o modo pelo qual o manejo dos riscos é coordenado com as demandas e necessidades de cada mulher é marcado por uma dimensão subjetiva, que diz respeito ao que cada uma dessas profissionais entende como humanização do parto.

Considerações finais

Pela análise realizada, conclui-se que as mulheres e pessoas parturientes são o ponto de referência para o processo de tomada de decisão e para o emprego de intervenções por parte das obstetrizes. Buscando garantir tanto o exercício da autonomia quanto a segurança, as profissionais empreendem esforços para coordenar, de maneira única em cada trabalho de parto, a avaliação contínua do risco das demandas e necessidades de cada parturiente.

Em suma, o estudo avança na compreensão em profundidade da atuação dessas profissionais, embora apresente lacunas em relação à amostra de profissionais entrevistadas obtida por indicação, o que pode levar à homogeneidade de práticas e posicionamentos devido à proximidade. O número reduzido de participantes também se apresenta como aspecto limitante às generalizações dos achados. Nesse sentido, mais estudos fazem-se necessários para a consolidação da produção sobre a especificidade da atuação de obstetrizes e as práticas assistenciais características no parto domiciliar planejado.

Disponibilidade de dados

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no manuscrito.

Contribuição das autoras

Franceschini PKM contribuiu com a concepção e o delineamento do trabalho, a participação na discussão dos resultados, a redação do manuscrito e a revisão crítica do conteúdo. Spink MJP e Almeida LCG participaram da discussão dos resultados e da revisão crítica do conteúdo. Todas as autoras participaram da aprovação da versão final do manuscrito.

Financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Processo N. 140189/2018-1

Conflito de interesse

As autoras não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editora

Stela Nazareth Meneghel 

Editora associada

Elaine Reis Brandão 

Submetido em

02/04/25

Aprovado em

07/11/25

Referências

1. Foucault M. História da sexualidade: a vontade de saber. São Paulo: Paz & Terra; 2015.
2. Spink MJP. Usos da linguagem dos riscos: das certezas passadas às imponderabilidades contemporâneas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2024.
3. Ayres JRMC, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França I Jr. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2009.
4. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santos MLM, Bertussi DC, Baduy RS. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. Saude Debate. 2019; 43 Spec No 6:70-83. doi: 10.1590/0103-11042019S606.
5. Mauadie RA, Pereira ALF, Prata JA, Mouta RJO. Práticas discursivas acerca do poder decisório da mulher no parto. Interface (Botucatu). 2022; 26:e220103. doi: 10.1590/interface.220103.
6. Diniz SG. Humanização da assistência ao parto - teoria e prática: gênero, direitos humanos, desafios e lições aprendidas na implementação de práticas humanizadas no SUS. São Paulo: Dialética; 2023.
7. Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S, et al. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2024; 4(4):CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub6.
8. Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. Projeto político pedagógico curso de graduação em obstetrícia [Internet]. São Paulo: EACH; 2017 [citado 24 Set 2024]. Disponível em: <https://www5.each.usp.br/wp-content/uploads/2015/11/PPP-Obstetr%C3%ADcia-2017.pdf>
9. Mortelaro PK. Superando tensões entre paradigmas de atenção ao parto: intervenções e uso de tecnologias na prática de obstetrites [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2022.
10. Aragaki SS, Lima MLC, Pereira CCQ, Nascimento VLV. Entrevistas: negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade. In: Spink MJ, Brigagão J, Nascimento V, Cordeiro M, organizadores. A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2014. p. 57-73.
11. Spink MJP, Medrado B. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink MJP, organizador. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez; 2013. p. 22-41.
12. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 737 de 02 de Fevereiro de 2024. Normatiza a atuação do enfermeiro obstétrico ou obstetritz na assistência à mulher, recém-nascido e família no parto domiciliar planejado [Internet]. Brasília: Cofen; 2024 [citado 11 Dez 2024]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-737-de-02-de-fevereiro-de-2024>
13. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care [Internet]. London: Nice; 2023 [citado 12 Dez 2024]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>

14. Franceschini PKM, Spink MJP, Garcia CCA. A arte de endurecer sem perder a ternura: o uso de tecnologias por obstetrizes na atenção ao parto domiciliar planejado. *Saude Soc.* 2024; 33(3):e230790pt. doi: 10.1590/S0104-12902024230790pt.
15. Mortelaro PK, Cirelli JF. Corpos em relação: contribuições das epistemologias feministas para uma prática obstétrica situada. *Saude Debate.* 2021; 45 Spec No 1: 168-80. doi: 10.1590/0103-11042021E113.
16. Souza JP, Oladapo OT, Fawole B, Mugerwa K, Reis R, Barbosa-Junior F, et al. Cervical dilatation over time is a poor predictor of severe adverse birth outcomes: a diagnostic accuracy study. *BJOG.* 2018; 125(8):991-1000.
17. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para la atención de las principales emergencias obstétricas [Internet]. Washington: OPAS; 2024 [citado 10 Dez 2024]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/59375/9789275328514_spa.pdf
18. Betti T, Gouveia HG, Gasparin VA, Vieira LB, Strada JKR, Fagherazzi J. Prevalência dos fatores de risco para hemorragia pós-parto primária em um hospital universitário. *Rev Bras Enferm.* 2023; 76(5):e20220134. doi: 10.1590/0034-7167-2022-0134pt.
19. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Hemorragia pós-parto: prevenção, diagnóstico e manejo não cirúrgico [Internet]. São Paulo: Febrasgo; 2024 [citado 13 Dez 2024]. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/pec/FPS---Edicao-Especial-2024_1_Portugues-1.pdf
20. Sanfelice CFDO, Shimo AKK. Parto domiciliar: compreendendo os motivos dessa escolha. *Texto Contexto Enferm.* 2015; 24(3):875-82. doi: 10.1590/0104-07072015002850014.
21. Floriano ME, Costa JR, Silva MAP. Motivações para escolha do parto domiciliar planejado. *Rev Baiana Enferm.* 2023; 37:e49934.
22. Campos O. O estudo da demanda e das necessidades e sua importância para o planejamento de saúde. *Rev Saude Publica.* 1969 [citado 21 Set 2024]; 3(1):79-81. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/1969.v3n1/79-81>
23. Campos CMS, Bataieiro MO. Necessidades em saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface (Botucatu).* 2007; 11(23):605-18. doi: 10.1590/S1414-32832007000300014.
24. Cursino TP, Benincasa M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. *Cienc Saude Colet.* 2020; 25(4):1433-44. doi: 10.1590/1413-81232020254.13582018.
25. Coletivo Sobreparto. Projeto EOZ [Internet]. Salvador: Sobreparto; 2020 [citado 12 Dez 2024]. Disponível em: <https://www.sobreparto.com.br/services-42020>
26. Santana AT, Couto TM, Lima KTR, Oliveira PS, Bomfim ANA, Almeida LCG, et al. Racismo obstétrico, um debate em construção no Brasil: percepções de mulheres negras sobre a violência obstétrica. *Cienc Saude Colet.* 2024; 29(9):e09952023. doi: 10.1590/1413-81232024299.09952023.
27. Gomes NP, Carneiro JB, Almeida LCG, Costa DSG, Campos LM, Virgens IR, et al. Permanência de mulheres em relacionamentos violentos: desvelando o cotidiano conjugal. *Cogitare Enferm.* 2022; 27:e78904. doi: 10.5380/ce.v27i0.78904.

The aim of this study was to identify the elements that midwives consider when using interventions during home births. To this end, we conducted semi-structured interviews with five professionals between August 2020 and May 2021. The data obtained from the interviews were analyzed using dialogic mapping, resulting in the identification of two categories: focus on safety; and beyond risk. The results show that midwives plan care considering potential risk of morbidity and mortality and materialized risk during labor. While safety is indisputable, midwives consider the demands and needs of parturient women in decision-making. It is concluded that parturient women are the key reference point for choosing interventions, meaning that the decision-making process is reconfigured in each childbirth experience.

Keywords: Home birth. Midwives. Obstetrics.

El objetivo de este artículo es la identificación de los elementos que las matronas llevan en consideración para el empleo de intervenciones en partos domiciliarios. Para ello, se realizaron entrevistas semiestructuradas con cinco profesionales, entre agosto de 2020 y mayo de 2021. El material obtenido se analizó por medio de mapas dialógicos, proceso del que resultaron dos categorías: enfoque en la seguridad y más allá del riesgo. Los resultados indican que, en primer lugar, las matronas planifican la asistencia llevando en cuenta el riesgo probable de morbimortalidad y el riesgo materializado en cada trabajo de parto. Aunque la seguridad es incuestionable, las profesionales consideran las demandas y necesidades de las parturientas en la toma de decisiones. Se concluye que las parturientas son el punto de referencia para la utilización de intervenciones, de modo que el proceso de toma de decisiones se reconfigura en cada experiencia de parto.

Palabras clave: Parto domiciliario. Matronas. Tocología.