

## **MOTIVAÇÕES DE MULHERES AMAZÔNIDAS PARA TOMADA DE DECISÃO DO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO**

Jannaina Campos Beviláqua<sup>1</sup>   
Diego Pereira Rodrigues<sup>2</sup>   
Laena Costa dos Reis<sup>3</sup>   
Valdecyr Herdy Alves<sup>4</sup>   
Bianca Dargam Gomes Vieira<sup>5</sup>   
Brenda Caroline Martins da Silva<sup>2</sup>   
Andressa Tavares Parente<sup>2</sup>   
Lucia Helena Garcia Penna<sup>6</sup> 

<sup>1</sup>Universidade Federal do Pará, Faculdade de Enfermagem. Belém, Pará, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Pará, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Belém, Pará, Brasil.

<sup>3</sup>Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Pará. Belém, Pará, Brasil.

<sup>4</sup>Universidade Federal Fluminense, Programa de Pós-graduação em Saúde Materno-Infantil. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>5</sup>Universidade Federal Fluminense, Programa de Pós-graduação em Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>6</sup>Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

### **RESUMO**

**Objetivo:** compreender os significados das mulheres amazônidas quanto às suas bases motivadoras para tomada de decisão do parto domiciliar planejado.

**Método:** pesquisa de natureza qualitativa. O estudo teve como ferramenta de coleta de dados a entrevista semiestruturada, com 20 mulheres amazônidas que tiveram partos em casa, entre os meses de novembro de 2021 a março de 2022, por intermédio do recrutamento *Snowball Sampling*. Após a coleta de dados, as entrevistas seguiram os critérios de análise de conteúdo.

**Resultados:** observou-se que a informação qualificada, rede e grupo de apoio produzem motivação e sentimento para o parto domiciliar, que contribuem para romper com o modelo hegemônico na obstetrícia, e, assim, recusar intervenções desnecessárias, resultantes do saber médico instituído que, culmina, muitas vezes, na violência obstétrica. A segurança, também, constituiu um fator central para vivenciar o parto no domicílio, como sentimentos de liberdade, coragem e empoderamento sobre suas escolhas e vontades.

**Conclusão:** há convergência com as demandas atuais sobre o cuidado positivo perante o respeito da tomada de decisão feminina que, por meio do apoio e informação, constituem aspectos centrais para garantir uma assistência conforme as expectativas das mulheres amazônidas, a fim de romper com o modelo hegemônico na assistência obstétrica, visto que o parto em casa garante de forma efetiva a sua vontade, que deve ser ouvida e respeitada.

**DESCRITORES:** Mulheres. Saúde materno-infantil. Parto humanizado. Humanização da assistência. Parto domiciliar.

**COMO CITAR:** Beviláqua JC, Rodrigues DP, Reis LC, Alves VH, Vieira BD, Silva BCM, Parente AT, Penna LHG. Motivações de mulheres amazônidas para tomada de decisão do parto domiciliar planejado. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2023 [acesso MÊS ANO DIA]; 32:e20230063. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0063pt>

# AMAZON WOMEN'S MOTIVATIONS TO CHOOSE PLANNED HOME CHILDBIRTH

## ABSTRACT

**Objective:** to understand the meanings attributed by Amazon women regarding their motivation grounds to choose planned home childbirth.

**Method:** a research study of a qualitative nature. The study data collection tool consisted of semi-structured interviews with 20 Amazon women who underwent home childbirths between November 2021 and March 2022, through the Snowball Sampling recruitment technique. After data collection, the interviews followed the content analysis criteria.

**Results:** it was observed that qualified information, support networks and groups produce motivation and a feeling for home childbirth, which contribute to breaking away from the hegemonic model in Obstetrics and, thus, to refusing unnecessary interventions resulting from the established medical knowledge that oftentimes culminates in obstetric violence. Safety also emerged as a central factor to experience home childbirth, such as feelings of freedom, courage and empowerment about their choices and wishes.

**Conclusion:** there is convergence with the current demands on positive care regarding respect for women's choice, which, through support and information, are central aspects to ensure assistance according to Amazon women's expectations, in order to break away from the hegemonic model in obstetric care, as home childbirth effectively guarantees their will, which must be heard and respected.

**DESCRIPTORS:** Women. Maternal-child health. Humanized childbirth. Humanization of the assistance provided. Home childbirth.

## MOTIVACIONES DE MUJERES DE LA REGIÓN AMAZÓNICA PARA ELEGIR PARTO DOMICILIARIO PLANIFICADO

### RESUMEN

**Objetivo:** comprender los significados que atribuyen las mujeres de la región amazónica a sus bases motivadoras para elegir parto domiciliario planificado.

**Método:** investigación de carácter cualitativo. La herramienta de recolección de datos del estudio correspondió a entrevistas semiestructurada con 20 mujeres de la región amazónica que dieron a luz en sus casas entre los meses de noviembre de 2021 y marzo de 2022, por medio de la técnica de reclutamiento *Snowball Sampling*. Después de recolectar los datos, las entrevistas siguieron los criterios del análisis de contenido.

**Resultados:** se observó que la información calificada y las redes y los grupos de apoyo generan motivación y cierto sentimiento favorable hacia el parto domiciliario, que contribuyen a distanciarse del modelo hegemónico en Obstetricia y, de ese modo, rechazar intervenciones innecesarias resultantes del saber médico instituido que muchas veces culmina en violencia obstétrica. La seguridad también surgió como un factor central para vivir el parto en el domicilio, como ser sentimientos de libertad, coraje y empoderamiento sobre sus elecciones y deseos.

**Conclusión:** se detecta convergencia con las exigencias actuales sobre la atención positiva en términos de respetar las decisiones de las mujeres, las cuales, por medio de apoyo e información, constituyen aspectos centrales para garantizar una asistencia acorde a las expectativas de las mujeres de la región amazónica, a fin de interrumpir el modelo hegemónico en la asistencia obstétrica, puesto que el parto domiciliario garantiza en forma efectiva su voluntad, que debe ser escuchada y respetada.

**DESCRIPTORES:** Mujeres. Salud materno-infantil. Parto humanizado. Humanización de la asistencia. Parto domiciliario.

## INTRODUÇÃO

O modelo assistencial de saúde obstétrica brasileira se configura como um modelo institucionalizado, tendo o hospital como alicerce para promoção de uma atenção medicalizada e intervencionista, considerando que 99% dos partos realizados ocorrem neste ambiente e com predomínio da assistência médica<sup>1</sup>. Vale notar que, já há alguns anos, tem-se questionado essa forma de nascer no âmbito internacional, especialmente, no Brasil. Assim, mulheres buscam uma assistência que valorize o campo da fisiologia da parturição, o seu protagonismo e segurança com a inibição de intervenções desnecessárias no corpo feminino, como episiotomia, manobra de Kristeller, ocitocina sintética e a cesariana<sup>1-3</sup>.

Tal busca é oriunda de uma ruptura com o modelo de assistência obstétrica, no qual mulheres desejam ter uma participação mais ativa na tomada de decisão, tornando-se a figura principal. Portanto, o Parto Domiciliar Planejado (PDP) surge como alternativa de resgate desse importante papel da mulher que foi perdido no parto e na ruptura do modelo hegemônico na obstetria.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e entidades não governamentais mostram em suas diretrizes que as mulheres devem receber apoio profissional e informação qualificada para garantir uma tomada de decisão informada do PDP com base nas evidências científicas e segurança do parto em casa<sup>1,4</sup>. Desse modo, essas recomendações dão sentido para o direito, expectativas, sentimentos, segurança, motivações das mulheres e adotam esse ambiente como expectativa efetiva para seu processo de vivência do nascimento de seu filho(a).

Países como o Reino Unido, Holanda e Austrália, bem como países nórdicos como Suécia, Dinamarca, Finlândia, Islândia e Noruega, asseguram o respeito à decisão e aos direitos das mulheres e familiares ao PDP, o que resulta em maior segurança e menos riscos perinatais, como a taxa de transferências para hospitais e a mortalidade<sup>5</sup>.

Contudo, no país, não existe uma normativa para recomendar o PDP, que com a publicação da nota técnica n.º 2/02021 do Ministério da Saúde (MS), assegura que o hospital é o local que oferece maior segurança para a saúde perinatal. Além do mais, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não existe o PDP na enumeração de procedimentos<sup>6</sup>. Desse modo, esse posicionamento vai ao encontro de medidas proibitivas, especialmente, para a atuação médica no PDP, com a Resolução n.º 265 e 266/2012 do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, por apresentar um maior risco para as mulheres e o conceito<sup>7</sup>.

Em contraponto, as evidências científicas mostram os benefícios do PDP, onde estudos<sup>8-11</sup> realizados mostram não haver diferença em relação ao óbito perinatal e neonatal associada à assistência no parto domiciliar, portanto não há maiores risco de ocorrer essa complicação por motivo do local do parto<sup>9</sup>. Além do fato de o parto em casa apresentar taxas inferiores de intervenções inseguras, especialmente, episiotomia<sup>10</sup> e menores probabilidades de ocorrer uma cesariana ou parto instrumental e lacerações graves (terceiro e quarto graus)<sup>11</sup>.

A motivação, neste estudo, está relacionada aos aspectos relatados pelas mulheres para elaborar a tomada de decisão pelo PDP. O motivo sustentado neste trabalho diz respeito ao processo humano de vivência interior que regula e mantém todas as ações e sentimentos emanados do ser humano para a realização de sua vontade e tomada de decisão, que dependem de situações específicas da vida cotidiana<sup>12</sup>.

Nesse caso, o sentimento se torna um dos motivos regulados pelos processos internos da pessoa. Esses motivos se expressam, portanto, como quebra do paradigma hegemônico com informações qualificadas dos profissionais e evidências científicas em relação à segurança do parto e maior participação nas decisões e seus direitos, os quais se constituem em fatores essenciais para a efetividade do parto domiciliar. Ressalta-se que as mulheres amazônicas têm o parto em casa,

como um legado histórico, porque os povos tradicionais, como os indígenas, os povos da floresta, os quilombolas e os povos ribeirinhos têm como aspecto cultural o nascimento familiar. Com poucas pesquisas sobre o tema na região, torna-se necessário discutir uma lente investigativa sobre essas mulheres amazônidas sobre o parto domiciliar.

Dado o cenário apresentado, o presente estudo teve como questão norteadora a seguinte: quais as motivações das mulheres para a tomada de decisão do PDP? Desse modo, o estudo objetivou compreender os significados das mulheres amazônidas quanto às suas bases motivadoras para tomada de decisão do parto domiciliar planejado.

## MÉTODO

Este estudo se caracteriza como descritivo e exploratório de natureza qualitativa com a participação de 20 (vinte) mulheres amazônidas do estado do Pará, Brasil. Como critério de elegibilidade: ter idade de dezoito anos ou mais com parto em casa realizado no período de 2018 a 2022, na região metropolitana do Estado. Dentre as participantes não excluídas, destacam-se aquelas que, por algum motivo, foram transferidas para maternidades e não tiveram o PDP. Ressalta-se que não houve nenhuma exclusão de participantes no estudo. Os partos domiciliares das participantes ocorreram entre os três últimos anos, quando todas, em suas narrativas, mencionaram uma lembrança recente de todas as situações vivenciadas.

A região metropolitana do Estado do Pará compreende os seguintes municípios: Belém; Marituba; Ananindeua; Benevides; e Santa Bárbara. Contudo, apenas mulheres de Belém compuseram o estudo, mediante o processo de seleção das participantes, tendo na região, seis maternidades de referência. Há um movimento por parte de equipes e mulheres para o PDP, especialmente, por uma equipe de enfermeiras obstétrica na região de Belém, que tem atuação desde 2012 no PDP, do qual realizaram os partos das participantes. Ainda, a região tem apenas um programa de residência em enfermagem obstétrica da Universidade Federal do Pará. Não há médicos atuantes no Estado para realização do PDP.

A captação das participantes foi utilizada pela técnica de bola de neve (*Snowball Sampling*), em que um participante é selecionado e entrevistado, constituindo a primeira semente que, porventura, indica outras sementes (contatos), facilitando o acesso a um grupo de pessoas com um retrato em comum e possivelmente participantes potenciais e, assim, até a saturação da amostragem<sup>13</sup>. Assim, não há um cenário estabelecido, mas, sim, a captação de possíveis contatos com características em comum em relação ao escopo do estudo.

A semente inicial foi selecionada por indicação de uma proximidade com um pesquisador do estudo, para o qual, foi utilizado tanto o aplicativo de mensagem *WhatsApp* quanto o contato telefônico, quando foi esclarecido sobre a pesquisa, o seu objetivo, riscos, benefícios, instrumentos de coleta de dados, convidando-a, assim, para participar do estudo. Após o aceite, foram marcados horário e local conforme a indicação e disponibilidade da participante, realizadas presencialmente e em seu domicílio. Durante as entrevistas, observou-se que não surgiram novos elementos significativos para o aprofundamento do assunto, pelo que se aplicou a saturação teórica<sup>14</sup>, com um total de vinte entrevistadas. Menciona-se que a coleta de dados foi realizada apenas pela pesquisadora principal, que teve treinamento prévio para tal atividade.

Antecedendo a entrevista, cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo a confidencialidade e anonimato, mediante utilização de código alfanumérico: P (Parto), seguido de número, conforme a ordem na qual a entrevista foi realizada (P1, P2, P3, ..., P20).

A entrevista semiestruturada individual ocorreu durante o período de novembro de 2021 a março de 2022, com média de duração de 100 minutos. A entrevista foi guiada por um roteiro que continha perguntas fechadas sobre a caracterização do perfil socioeconômico e obstétrico; e com

perguntas abertas: fale sobre as suas motivações para a tomada de decisão do parto domiciliar? Quais foram os seus sentimentos sobre a sua vivência do PDP? Durante as entrevistas, a pesquisadora usou o recurso de gravação no aparelho celular, com a autorização prévia de cada entrevistada.

Os dados de cada entrevista foram transcritos integralmente para suceder ao tratamento dos resultados mediante a análise de conteúdo<sup>15</sup>. Utilizou-se a marcação de distintas cores, com a identificação do tema, e, posteriormente, foram estabelecidas as unidades de registro, denominadas: grupo de apoio, filme do parto, rede de apoio, parto hospitalar, modelo de assistência, liberdade no parto, saber médico institucionalizado, medo, segurança, liberdade e amor. Com uma leitura flutuante do material e categorização dos pontos centrais dos resultados, foi estabelecida a unidade temática motivação para o parto domiciliar planejado, que estabeleceu as seguintes categorias: 1) A informação qualificada para tomada de decisão do parto domiciliar; 2) O afastamento do modelo hospitalar pelo resgate do parto domiciliar; 3) Sentimentos relacionados ao parto domiciliar planejado.

O estudo obteve a aprovação do colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa seguindo a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 que regulamenta a pesquisa com seres humanos no país, respeitando a autonomia do sujeito, com a justiça e equidade.

## RESULTADOS

Quanto à caracterização das mulheres, houve uma predominância de participantes com idade entre 30 a 40 anos. O estado civil de casadas foi o dominante. A religião de maior incidência foi o catolicismo. A etnia/raça com mais representatividade foi a parda. Quanto à escolaridade, houve a predominância de ensino superior completo.

Sobre a profissão de maior ocorrência, foram: jornalista; enfermeira; secretária; professora; analista de sistema; e do Lar. A maioria das entrevistadas trabalhava fora. Quanto ao vínculo empregatício, houve predomínio de mulheres liberais/autônomas.

No que se refere à renda familiar, a maioria das mulheres relatou renda entre quatro a dez salários mínimos. Quanto à participação no orçamento familiar, houve predominância de mulheres com metade de participação na renda. Quanto à moradia, a maioria possuía casa própria.

Em relação aos dados obstétricos, predominaram mulheres secundigestas. A maioria do número de partos foi de primíparas. Referente à questão de abortamentos, em três participantes, os episódios ocorreram de forma espontânea. A maioria relatou que as gestações foram planejadas e desejadas.

Quanto ao local de nascimento das mulheres, este transcorreu em ambiente hospitalar, sendo a maioria por via de parto normal. Com relação ao local de nascimento das mães das participantes, a maioria foi por parto domiciliar, e todas de parto normal. Nenhuma participante foi transferida para unidade hospitalar no seu parto domiciliar decorrente de alguma intercorrência.

### A informação qualificada para tomada de decisão do parto domiciliar

A informação qualificada foi crucial como elemento motivador para que as mulheres tivessem o parto domiciliar como tomada de decisão da forma de parir, como observado nos trechos a seguir: [...] *então fiquei gestante na segunda vez e eu tinha certeza que eu iria ter parto domiciliar. E a gente fez, estudou, viu todos os riscos, todos os benefícios também e resolveu pelo parto domiciliar, desde a segunda gestação.* (P5); [...] *eu busquei saber como era aqui na cidade, como era aqui em Belém, se tinha muitas pessoas que estavam tendo parto domiciliar, procurei a equipe para me informar de quantos partos eles tinham feito em Belém [...] busquei a incidência de levar para a unidade Hospital, qual a incidência de ter sido tudo normal em casa. Então, busquei informações a respeito* (P14).

Os grupos de apoio de parto se constituem em alicerce para as motivações das mulheres na tomada de decisão do parto domiciliar planejado, pois, pelas experiências e informações trocadas, permite o PDP como opção para muitas mulheres, conforme os depoimentos: [...] *eu estava grávida, acho que de uns três ou quatro meses, e sempre conversava com uma amiga, que conheci não me lembro onde, faz tempo, e aí ela me indicou um grupo de mulheres que falavam sobre o parto e indicou para participar [...] como neste tempo eu estava procurando informações, esse grupo com as reuniões foram importante para pensar sobre, comecei a ler muito sobre violência obstétrica, conversar com as mulheres, e aí foi quando eu decidi pelo parto domiciliar (P13); [...] eu acompanhava as reuniões e comecei a ler sobre parto humanizado, sobre violência obstétrica, todos esses assuntos. E aí quando eu engravei! Eu estava assim, por dentro da questão do parto humanizado, da violência obstétrica. E assim, eu sempre li relatos de parto, e dos que eu mais gostava eram os de partos domiciliar, mas ainda não era definitivo assim que eu queria (P15).*

O filme 'O Renascimento do Parto', amplamente divulgado nas redes de apoio e grupos de mulheres, foi um importante influenciador para que tomasse a decisão pelo parto domiciliar planejado, conforme os relatos a seguir: [...] *a escolha foi por meio do documentário, nascimento do parto [...] que eu assisti, tomei a decisão de que eu queria ter meu parto de um jeito mais humano, de um jeito que eu conseguisse participar ativamente do meu parto, ele nasceu dentro de uma banheira. Eu peguei o meu filho, eu peguei ele no colo na hora que ele estava nascendo. O meu segundo... não consegui, não deu tempo de ir para a banheira, foi na banqueta. Então, quem pegou ela foi o meu marido, já foi colocando ela no meu colo. Então recebi, realmente, muito apoio do meu marido (P14).*

O contexto da rede de apoio e familiar foi um importante fator de informação do parto domiciliar planejado. Essa informação de familiar permitiu, para as mulheres, a tomada de decisão da forma de parir em casa, como apresentado no trecho a seguir: [...] *eu realmente, cheguei a conhecer essa opção, com a minha irmã que também é enfermeira disse: "Olha, estão incentivando parto normal, mana, é muito interessante. Eu acho que seria interessante para você" (P2); tive muito apoio do meu marido, não tive muito apoio da família, o que eu acho normal, eu entendo a família, mas mesmo assim me apoiaram: já que é tua decisão, então tudo bem, mas eu acho que tu tens que ir para o hospital. Mas, resumindo, eu tive muito apoio dele, isso para mim foi fundamental, porque a decisão que eu tomei, ele também aceitou e me apoiou até o final, pariu junto comigo (P11).*

Desse modo, foi a informação qualificada, por meio de experiências, profissionais capacitados, grupos de apoio de mulheres, iniciativas digitais como redes sociais, sites, filmes e o apoio na esfera da família que oportunizou as motivações para a tomada de decisão do parto domiciliar.

## **O afastamento do modelo hospitalar pelo resgate do parto domiciliar**

O rompimento com o sistema obstétrico foi observado como motivador, como uma atitude para não passar por inúmeras situações que o modelo intervencionista impõe na assistência ao parto hospitalar. Assim, o PDP se constitui em fuga da assistência hospitalar, como podemos verificar nas frases a seguir: [...] *eu falei com minha irmã: olha eu quero ter parto normal, mas eu não quero ir para o hospital. E eu não terei isso da minha mente [...] eu falei: eu não quero ir para o hospital, eu não quero ir para o hospital [...] já tinha um medo de violência obstétrica, do que acontecia no hospital, o tratamento (P10); [...] ah eu queria fugir dessa violência obstétrica, que a gente sabe, especialmente por ser uma mulher negra, a gente sabe que a violência obstétrica é maior nos povos negros. Então era uma coisa da qual eu queria fugir, eu sempre tive muito medo de cirurgia, então eu não queria passar de jeito nenhum por uma cesárea e tinha muito medo, não sei, eu tenho muito medo dessas coisas de invasão do corpo, assim sabe, então foi uma escolha por causa disso (P12); [...] quando eu decidi que queria engravidar, comecei a planejar um ano antes, praticamente. E aí, comecei a pesquisar sobre parto e descobri o parto humanizado. Mas quando eu comecei a ler sobre o tanto*

*de intervenção que tanto a mulher, quanto o bebê podem sofrer, a violência obstétrica, eu comecei a me interessar muito mais pelo parto humanizado, até chegar ao parto domiciliar, lendo as pesquisas sobre parto domiciliar (P18).*

A ruptura com o saber médico institucionalizado e o parto no âmbito hospitalar repercute na tentativa por meio de informação equivocada do PDP. Muitos profissionais o retratam como uma prática arriscada, discriminando as mulheres que tomam a decisão pelo PDP, como se pode observar: [...] *a médica me chamou de louca, que eu era uma louca, que eu não tinha responsabilidade com meu filho, que estava indo Maria vai com as outras só porque as celebridades estavam tendo filhos em domicílio, eu queria me igualar a elas, o risco do meu filho morrer, ter complicações era imensa (P1); [...] uma das questões era porque eu já tinha sofrido muito com esses médicos, eu não queria ver esses médicos, eu não queria ouvir mais nenhuma asneira [...] Credo, gente, que profissionais difíceis (P20).*

Desse modo, o rompimento com o modelo hegemônico, que culmina com uma gama de intervenções obstétricas, desrespeito e violência no cotidiano das maternidades, foi o grande motivador das mulheres para não vivenciarem essas práticas. O PDP se constitui em alternativa de mudança da lógica de entender o parto, além do aspecto fisiológico, porém, observando o respeito às convicções das mulheres sobre sua assistência.

### **Sentimentos relacionados ao parto domiciliar planejado**

A segurança do parto constitui um importante condicionante para a tomada de decisão do parto domiciliar planejado. A segurança aliada à informação propicia as motivações necessárias para a efetivação do PDP, conforme os depoimentos a seguir: [...] *ah, os melhores possíveis [sensação], eu tinha aquela sensação segura quando tomei a decisão [...] era isso o que eu queria, que eu iria viver um parto de forma integral, não que eu não tivesse vivido isso no hospital, mas eu ouvi algumas coisas que não foram boas, que não foram legais para mim, ficaram na minha cabeça [...] E o parto domiciliar promoveu esse sentimento de segurança (P4); [...] a principal motivação que eu optei pelo meu parto domiciliar foi pela segurança, porque pelo o que eu estudei [...] ele é tão seguro ou até mais quanto o parto hospitalar, porque em casa eu estou livre de uma série de coisas, considerando que eu sou (P10); [...] é, eu me apeguei muito à medicina baseada em evidências, que agora está super em pauta nos últimos momentos, mas é um negócio que a gente já luta há muito tempo, principalmente, para a Obstetrícia atuar nesse sentido, porque ela é muito baseada em evidências. A segurança anda lado a lado com a ciência e precisamos do parto (P20).*

O sentimento libertador de coragem e de empoderamento sobre a tomada de decisão, do poder do seu corpo e suas vontades do parto em casa foi observado pelas mulheres: [...] *o sentimento é de liberdade, eu tive um sentimento muito grande de liberdade, de escolha, eu percebi que tem também um pouco dessa minha tradição, eu sou professora de história e isso foi um sentimento de valorizar o que minha mãe fez, ela teve parto normal domiciliar e eu também tive. (P9); [...] sentimento de coragem, sentimento de autonomia do teu corpo, de independência, porque foi uma atitude que eu tomei, e eu não perguntei para ninguém, tomei com meu esposo, ele aceitou, ele foi maravilhoso, ele nunca questionou nada. Um sentimento de muita felicidade, no sentido de que eu comecei a tomar as rédeas da minha vida, acreditar que eu posso ser quem eu quiser. Foi a partir dali, foi na gravidez e, principalmente, na decisão do parto. Para mim, o parto domiciliar foi o portal para eu renascer enquanto mulher mesmo, no sentido de quem eu quero me tornar a ser (P20).*

Assim, os sentimentos das mulheres que vivenciaram o PDP estão relacionados tanto com a segurança e felicidade, quanto, principalmente, com o processo de empoderamento, permitindo um sentimento de liberdade, de empenho e de coragem para realização da tomada de decisão pelo PDP.

## DISCUSSÃO

Cada vez mais, mulheres buscam informações qualificadas como forma de motivação para a escolha do parto domiciliar<sup>3,16</sup>. O PDP é preconizado por muitas organizações profissionais e de saúde<sup>16</sup>, especialmente, a OMS. O panorama da disseminação do PDP tem incentivado para que as mulheres busquem informações sobre essa alternativa.

Torna-se importante que as mulheres recebam todas as diversas fontes de informações seguras disponíveis para decidir onde vai ocorrer seu parto<sup>3,17</sup>, garantindo uma decisão informada. Essa informação deve ter como base a análise dos riscos e benefícios do parto hospitalar e em casa; taxas de intervenções e de transferência para o âmbito da maternidade; dos resultados maternos e neonatais do PDP; de complicações e morte, além da equipe de profissionais de saúde e sua infraestrutura para garantir os melhores cuidados. Todas essas informações com base em evidências científicas irão subsidiar a tomada de decisão das mulheres sobre o local de nascimento<sup>18</sup>.

Os grupos de apoio se mostraram como uma importante iniciativa, como um instrumento de empoderamento com potencial de elevar a autonomia e o controle das mulheres. O grupo promove um espaço para geração de confiança em si e da corresponsabilidade pela sua decisão<sup>17</sup>. As mulheres se sentem mais fortalecidas e encorajadas a se apropriarem de seus cuidados quando participam do compartilhamento de experiências de outras mulheres. Essa iniciativa de apoio representa um ambiente seguro para compartilhamento de informações e construção de relacionamentos, promovendo o estabelecimento de uma rede de apoio enriquecedora na vida das mulheres<sup>16</sup>.

A troca de experiência constitui um fator motivador, com informações qualificadas fornecidas pelo mediador, e a vivência dessas mulheres no parto em casa garante subsídios para tomada de decisão informada das mulheres. Esse ponto é crucial para garantia da segurança e confiança das mulheres em relação à experiência do parto domiciliar.

A tomada de decisão perpassa por diversos cenários de busca de informação. Além dos grupos de apoio, as mulheres relataram utilizar-se de ferramentas tecnológicas, como sites, filmes e redes sociais. O acesso a essas ferramentas digitais colabora para romper o modelo hegemônico assistencial da obstetrícia e em relação aos significados sobre o PDP, uma vez que a concepção predominante do parto permeia o desconhecido, podendo ser potencialmente assustadora<sup>1-2</sup>.

Os filmes produzidos que tratam do parto em casa atuam como uma ferramenta de sensibilização, em que abordam além das dimensões biológicas, o fenômeno biopsicosociocultural que envolve o parto<sup>19</sup>. Essas iniciativas garantem uma gama de informações, mas que precisa ser qualificada<sup>18</sup>, pois fornece informações sobre as fragilidades da assistência e chamam atenção para uma mudança nas relações médico-paciente, com base numa crise de confiança no âmbito hospitalocêntrico<sup>20</sup>.

Assim, as mulheres se aproximam de um parto, sendo elas a figura principal, assistidas por um profissional de saúde capacitado, e que haja o respeito à sua tomada de decisão sobre o modo do seu parto ante as suas expectativas, pautadas em um parto naturalizado e baseado em evidências científicas. A garantia de autonomia se refere ao estabelecimento do conhecimento, a partir da qual cada vez mais as mulheres buscam o ambiente digital para se conectarem com outras mulheres e compartilharem suas experiências com rede de apoio, que influenciam positivamente ou não a tomada de decisão do parto em casa. Essa criação de redes e vínculos digitais permite a construção deste meio de informação<sup>16</sup>.

Como outro indicador para a motivação da tomada de decisão do parto domiciliar, há o âmbito familiar<sup>19,21</sup>. O desejo por este local de nascimento, por vezes, iniciou-se com a mulher, seguido do apoio por parte dos parceiros e familiares, atuando como incentivadores, incentivando-as a se empoderarem com confiança para darem à luz em casa. Apesar de atitudes contrárias, elas recebem o apoio, além de sua autonomia de vivenciar o parto no domicílio<sup>19,22</sup>. Essa rede de apoio intrafamiliar

deve dar subsídios para as mulheres garantirem a sua decisão ao longo do período gestacional, por meio do diálogo, desejo e respeito para a efetivação do parto em casa<sup>19</sup>.

Os autores<sup>19</sup> afirmam que, apesar de ainda se observar atitudes de desaprovação, advindas muitas vezes da rede de apoio intrafamiliar que estereotipa o parto domiciliar como inadequado, as mulheres tendem a estar convictas de sua decisão e de sua capacidade de dar à luz.

Sob os aspectos da importância da informação qualificada para a decisão da mulher, o parto em casa constitui uma ruptura do sistema de saúde com o modelo assistencial no âmbito hospitalar<sup>1,16,19,21,23</sup>. O modelo de assistência intervencionista privilegia a manipulação do corpo feminino, muitas vezes sem consentimento, desrespeitando a autonomia da mulher por meio de procedimentos obstétricos.

As intervenções médicas realizadas na atenção obstétrica, inseridas no ambiente hospitalar, referem-se à episiotomia (sendo 26,34% das parturientes submetidas a este procedimento e 40,59% realizadas sem o devido consentimento);<sup>24</sup> à manobra de Kristeller (realizada em até 1,9%, mas sendo utilizada rotineiramente sem a devida notificação de registro de práticas no prontuário da parturiente);<sup>25</sup> ao toque vaginal repetido e doloroso (em até 70,9% das situações e em 58,9% não consentido);<sup>26</sup> e ao uso da ocitocina sintética de rotina, ao isolamento e à cesariana desnecessária. São ações e procedimentos invisíveis de violência obstétrica<sup>27</sup>, muitas vezes, aceitáveis por fazerem parte de lógica intervencionista do processo de nascimento.

Assim, no ambiente hospitalar, ocorre a imposição de procedimentos que se sobrepõem à naturalização do parto e podem desencadear uma gama de intervenções inseguras que alteram o transcurso do trabalho de parto, culminando, muitas vezes, numa cesariana desnecessária, eminente processo institucional do parto hospitalar. Nesse padrão de assistência, impera desde a negligência à discriminação e abusos verbais, a violência física, ou até mesmo o abuso sexual. Estas situações são classificadas na literatura científica como formas de violência na parturição<sup>27</sup>. O PDP surge, portanto, como um elemento de ruptura do sistema hegemônico, propicia aos trabalhadores de saúde ações e condutas pautadas na humanização, para além da dimensão biológica da parturição, para transformar os paradigmas assistenciais obstétricos.

A naturalização e valorização do parto no ambiente hospitalar foi construída junto ao crescente uso de tecnologias e da busca, cada vez mais frequente pela medicalização do processo de parir, tendo o PDP como uma assistência insegura que se associa a um *déficit* assistencial da saúde. Os achados do estudo se articulam às evidências científicas que classificam as mulheres como transgressoras ou como indivíduo que deliberadamente colocou a sua vida e do bebê em risco por optarem pelo parto domiciliar<sup>28</sup>.

Ocorre cada vez mais uma oposição ao PDP pelos profissionais de saúde, que detêm raízes nas diretrizes e normativas institucionalizadas sob o discurso do risco biomédico, propagadas ao longo dos anos da vida acadêmica e da prática clínica desses profissionais. Há uma percepção de que as mulheres que tomam a decisão do parto em casa optam por assumir um caminho “clandestino” e, muitas vezes, são adjetivadas como “loucas” ou “irresponsáveis”<sup>28</sup>. Assim, o saber médico institucionalizado impõe prescrições rígidas, oferecendo a falsa ilusão do parto ideal, sem dor, tomando para si toda a responsabilidade e protagonismo do nascimento.

A assistência obstétrica prestada em domicílio promove um cuidado humanizado que proporciona à mulher um sentimento de segurança e confiança na equipe de saúde. Um estudo reconheceu a segurança do ambiente familiar como a essência do parto domiciliar. Sendo o lar não apenas um lugar físico, mas também um lugar carregado de simbolismo e rituais. Quando uma mulher dá à luz em casa, esse momento do nascimento constitui o sentimento de pertencimento<sup>29</sup>.

As mulheres ponderam sobre a sua percepção do âmbito da segurança do PDP, especialmente, o aporte dos recursos disponíveis para a assistência que a unidade hospitalar detém, ao passo que intimamente acreditam que também o PDP tem os recursos necessários para garantir maiores

segurança, mencionando-se, ainda, que o parto é um fenômeno natural, sendo o ambiente doméstico o lugar onde elas se sentem mais seguras. Tais fatos corroboram os dados do estudo, considerando que as mulheres têm sentimento de confiança e segurança no PDP<sup>30</sup>.

A ambiência de seu lar tende a promover uma atmosfera de acolhimento e segurança, reforçada pela postura adotada dos profissionais de saúde, que incentivam à autonomia e ao protagonismo materno. A ambiência somada à autonomia e ao conforto constituem pontos essenciais no sentimento de segurança para as mulheres, ao adentrar este espaço de preferência das mulheres, cercada de pessoas de sua confiança, como também por receberem uma assistência livre de violências, mais humanizada e segura<sup>2</sup>.

O parto pode ser um evento de empoderamento na vida de uma mulher, que causa mudanças importantes em seu bem-estar e na dinâmica familiar. Os cuidados intraparto devem garantir uma experiência de parto positiva para todas mulheres, priorizando o respeito, a segurança, a continuidade do cuidado pelas parteiras e o bem-estar geral das mulheres<sup>31</sup>. As mulheres grávidas se sentem seguras e sob controle, e se beneficiam da força interior e do contentamento quando vivenciam esse cuidado ao interagir com os profissionais de saúde.

O parto é uma transição simbólica para a vida adulta para muitas mulheres, e o herói do momento é uma pessoa que está no controle de si mesma durante o parto, porque simboliza o alcance de seu pleno potencial como mulher. Elas se mostram felizes com suas decisões, refletindo em seu sentimento de libertação, autonomia e coragem. As mulheres revelam estarem satisfeitas com sua decisão, como observado em seus sentimentos de libertação, autonomia e coragem. Conseguir efetivar esses desejos, enfrentar os desafios que apareceram ao longo do processo e superar seus medos com as próprias ferramentas internas demonstram capacidade de fortalecimento por meio do empoderamento de suas escolhas.

Assim, o retorno do parto domiciliar como opção para as mulheres irá resgatar os papéis femininos, esquecidos com a passagem do parto para o ambiente hospitalar, e proporcionar um ambiente livre, íntimo e empoderador que satisfaça as mulheres e potencialize a sua autonomia.

No entanto, este estudo sugere como processo limitado, o número de mulheres que realizaram o PDP, com um obstáculo em conseguir uma ampliação de possíveis participantes na região metropolitana e contribuir para uma discussão sobre o objeto do estudo.

## CONCLUSÃO

Planejar um parto domiciliar ainda é uma prática à margem da assistência obstétrica brasileira, e a informação qualificada se mostrou como importante facilitador dessa modalidade, seja ela adquirida por meio de grupos de apoio, seja por ferramentas digitais, e, ainda, por mídias convencionais. Desse modo, os resultados mostraram uma importante estratégia em contribuir para a prática obstétrica e propiciar o parto domiciliar com o apoio a mulher na tomada de decisão.

A busca ativa por informação se revela como uma consolidação da tomada de decisão e autonomia feminina, que se opõe ao modelo obstétrico vigente e busca no parto domiciliar uma alternativa segura e satisfatória para parir. Porém, há uma carência de universalidade e equidade do parto em casa para muitas mulheres brasileiras, pois ainda essa modalidade de nascer, o Sistema Único de Saúde não tem a garantia de efetivação.

A assistência institucionalizada impõe protocolos rígidos, desconsiderando as particularidades de cada mulher, oferecendo um cuidado mecânico, medicalizado, sem respeito à individualidade e em ambiente estressor. Os dados mostraram que há, ainda, uma resistência dos profissionais de saúde à mudança para um novo modelo de cuidado obstétrico, perpetuando concepções errôneas e qualificando as mulheres que optam pelo PDP como negligentes.

No geral, as mulheres se mostraram inclinadas intimamente a acreditar que o parto é um fenômeno natural, e que o seu domicílio é o local de maior segurança, protagonismo e autonomia. Evidenciou-se o sentimento de liberdade, decorrente da vivência de um parto natural, livre de intervenções, fortalecendo o vínculo familiar e a participação ativa dos envolvidos. A atenção à saúde obstétrica se mostrou uma centralidade na mulher, ante as suas expectativas, proporcionando confiança, segurança e garantindo uma experiência de parto positivo.

Assim, novas pesquisas são necessárias para a reflexão sobre a assistência obstétrica domiciliar realizada como a rede de apoio, sentimentos, tomada de decisão, direito feminino, autonomia e empoderamento, como os partos realizados por distintos profissionais e a capacitação dessas profissionais, em prol de serviços de qualidade e segurança, pautados pela autonomia e respeito profissional.

## REFERÊNCIAS

1. Cursino TP, Benincasa M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Fev 24];25(4):1433-43. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.13582018>
2. Oliveira TR, Barbosa AF, Alves VH, Rodrigues DP, Dulfe PAM, Maciel VL. Assistance to planned home childbirth: professional trajectory and specificities of the obstetric nurse care. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Fev 24];29:e3110015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0182>
3. Skrondal TF, Bache-Gabrielsen T, Aune I. All that I need exists within me: a qualitative study of nulliparous Norwegian women's experiences with planned home birth. *Midwifery* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Fev 24];86:102705. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102705>
4. Organização Mundial de Saúde. Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva. World Health Organization [Internet]. 2023 [acesso 2023 Fev 24]. Disponível em: <https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789240044074>
5. Nygaard SS, Kesmodel US. Home births - Where are we heading? *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Fev 24];97(10):1155-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/aogs.13441>
6. Ministério da Saúde (BR). Nota técnica nº 2/2021 [Internet]. 2021 [acesso 2023 Fev 24]. Disponível em: [https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20211211\\_N\\_NTPARTODOMICILIAR\\_6784229184478666706.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20211211_N_NTPARTODOMICILIAR_6784229184478666706.pdf)
7. Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro. Resolução nº 265 e 266/2012 [Internet]. 2012 [acesso 2023 Fev 24]. Disponível em: <http://www.cremerrj.org.br/informes/exibe/1328;jsessionid=2C2389B8EA14C636148E1BCFD5335690>
8. Campiott M, Campi R, Zanetti M, Olivieri P, Faggianelli A, Bonati M. Low-risk planned out-of-hospital births: characteristics and perinatal outcomes in different Italian birth settings. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Fev 24];17(8):2718. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17082718>
9. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. Maternal and peri natal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Fev 24];62:240-55. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.024>

10. Koettker JG, Bruggemann OM, Freitas PF, Riesco MLG, Costa R. Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Fev 24];52:e03371. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017034003371>
11. Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K, Hutton EK. Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Fev 24];21:100319. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100319>
12. Vernon MD. *Motivação humana*. Petrópolis: Vozes, 1973.
13. Vinuto, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas* [Internet]. 2014 [acesso 2023 Fev 24];22(44):203-20. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>
14. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: An experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Fev 24];71(1):243-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>
15. Cavalcante RB, Calixto P, Pinheiro MMK. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta da pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Inf & Soc* [Internet]. 2014 [acesso 2023 Fev 24];24(1):13-8. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/ies/article/view/10000/10871>
16. Gleeson DM, Craswell A, Jones CM. Women's use of social networking sites related to childbearing: An integrative review. *Women Birth* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Fev 24];32(4):294-302. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.10.010>
17. Olza I, Leahy-Warren P, Benyamini Y, Kazmierczak M, Karlsdottir SI, Spyridou A, et al. Women's psychological experiences of physiological childbirth: A meta-synthesis. *BMJ Open* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Fev 24];8:e020347. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>
18. Hinton L, Dumelow C, Rowe R, Hollowell J. Birthplace choices: What are the information needs of women when choosing where to give birth in England? A qualitative study using online and face to face focus groups. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Fev 24];18(1):12. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1601-4>
19. Prates LA, Timm MS, Wilhelm LA, Cremonese L, Oliveira G, Schimith MD, et al. Being born at home is natural: care rituals for home birth. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Fev 24];71(Suppl 3):1247-56. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0541>
20. Sens MM, Stamm AMNF. Physicians' perception of obstetric or institutional violence in the subtle dimension of the human and physician-patient relationship. *Interface* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Fev 24];23:e180487. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180487>
21. Brunton G, Wahab S, Sheikh H, Davis BM. Global stakeholder perspectives of home birth: A systematic scoping review. *Syst Rev* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Fev 24];10(1):291. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01837-9>
22. Bäckström C, Larsson T, Thorstensson S. How partners of pregnant women use their social networks when preparing for childbirth and parenthood: A qualitative study. *Nord J Nurs Res* [Internet] 2020 [acesso 2023 Fev 24];41(1):23-33. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2057158520943379>
23. Aguiar BM, Silva TPR, Pereira SL, Sousa AMM, Guerra RB, Souza KV, et al. Factors associated with the performance of episiotomy. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Fev 24];73(Suppl.4):e20190899. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0899>

24. Adu-Bonsaffoh K, Mehrtash H, Guure C, Maya E, Vogel JP, Irinyenikan TA, et al. Vaginal examinations and mistreatment of women during facility-based childbirth in health facilities: Secondary analysis of labour observations in Ghana, Guinea and Nigeria. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Fev 24];5:e006640. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006640>
25. Alcântara NA, Silva TJP. Obstetric practices in childbirth care and usual risk birth. *Rev Bras Saúde Mater Infant* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Fev 24];21(3):773-83. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000300003>
26. Annborn A, Finnbogadóttir HR. Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Fev 24];105:103212. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103212>
27. Sena LM, Tesser CD. Violência obstétrica no Brasil e o *ciberativismo* de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface* [Internet]. 2017 [acesso 2023 Fev 24];21(60):209-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>
28. Castro CM, Azevedo AFP. Narrativas sobre parto domiciliar planejado após parto hospitalar. *Rev Fam Ciclos Vida Saúde Contexto Soc* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Fev 24];6(1):53-62. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/refacs.v6i1.2794>
29. Clancy A, Gjaerum RG. Home as a place for giving birth - A circumpolar study of the experiences of mothers and midwives. *Health Care Women Int* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Fev 24];40(2):121-37. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1531002>
30. Vargens OMC, Alehagen S, Silva ACV. Wanting to give birth naturally: women's perspective on planned homebirth with a nurse midwife. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Fev 24];29(1):e56113. Disponível em: <http://doi.org/10.12957/reuerj.2021.56113>
31. Demirci AD, Kabukcuglu K, Haugan G, Aune I. "I want a birth without interventions": Women's childbirth experiences from turkey. *Women Birth* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Fev 24];32(6):e515-e522. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.12.011>

## **NOTAS**

### **ORIGEM DO ARTIGO**

Extraído da dissertação - Parto Domiciliar Planejado no contexto Amazônico: escolha e direito das mulheres, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Pará, em 2022.

### **CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA**

Concepção do estudo: Beviláqua JC, Rodrigues DP, Reis LC.

Coleta de dados: Beviláqua JC, Reis LC.

Análise e interpretação dos dados: Beviláqua JC, Rodrigues DP, Reis LC.

Discussão dos resultados: Beviláqua JC, Rodrigues DP, Reis LC, Alves VH, Vieira BD, Silva BCM, Parente AT, Penna LHG.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Beviláqua JC, Rodrigues DP, Reis LC, Alves VH, Vieira BD, Silva BCM, Parente AT, Penna LHG.

Revisão e aprovação final da versão final: Beviláqua JC, Rodrigues DP, Reis LC, Alves VH, Vieira BD, Silva BCM, Parente AT, Penna LHG.

### **FINANCIAMENTO**

O presente estudo foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

### **APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Aprovado no Comitê de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, parecer n. 4.463.291/2020, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 39952720.3.0000.0018.

### **CONFLITO DE INTERESSES**

Não há conflito de interesses.

### **EDITORES**

Editores Associados: Melissa Orlandi Honório Locks, Ana Izabel Jatobá de Souza.

Editor-chefe: Elisiane Lorenzini.

### **HISTÓRICO**

Recebido: 29 de março de 2023.

Aprovado: 04 de julho de 2023.

### **AUTOR CORRESPONDENTE**

Diego Pereira Rodrigues

diego.pereira.rodrigues@gmail.com

