

REGIÃO ACADÊMICA I
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**CONSEQUÊNCIAS DO PARTO DOMICILIAR NAS MULHERES
MULTÍPARAS ASSISTIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE
CACUACO NO IIº TRIMESTRE DE 2023.**

Autor (a): Princesa António José

Tutor: Prof. Elizar Gedeão Jacinto, MSc

Luanda, 2024

REGIÃO ACADÊMICA I
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**CONSEQUÊNCIAS DO PARTO DOMICILIAR NAS MULHERES
MULTÍPARAS ASSISTIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE
CACUACO NO IIº TRIMESTRE DE 2023.**

Trabalho de Fim do Curso apresentado ao Instituto Superior de Angola, como requisição, para a obtenção do título de Licenciatura em Enfermagem, sob a orientação do Prof. Elizar Gedeão Jacinto, MSc

Autor (a): Princesa António José

Tutor: Prof. Elizar Gedeão Jacinto, MSc

Luanda, 2024

FOLHA DE APROVAÇÃO

PRINCESA ANTÓNIO JOSÉ

Este trabalho de fim curso, foi julgado e aprovado para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem pelo Instituto Superior de Angola no dia ____/____/ 2024.

Foi apresentado e defendido perante o júri composto pelos professores:

Presidente da Mesa

Primeiro Vogal

Segundo Vogal

Secretário

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais, José Filho e Paulina Mussunda, expresso minha profunda gratidão pelo apoio inabalável, amor e encorajamento que me proporcionaram ao longo desta jornada. A concretização deste trabalho foi possível graças ao suporte fundamental de vocês, e sou eternamente grato pela dedicação e confiança que depositaram em mim.

Ao meu esposo, Tomás Mussunda, e aos meus filhos Mangani José, Rodrigo José e Tomás José, expressando profunda gratidão pelo constante apoio, compreensão e amor incondicional que tornaram possível a conclusão deste projeto. Cada um de vocês é a minha fonte de inspiração, e esta conquista é dedicada a nossa união familiar, que é a força motriz por trás dos meus esforços.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus todo-poderoso pela inestimável saúde e proteção que me concedeu, permitindo-me alcançar o término deste significativo projecto.

À minhas irmãs de batalha, Sra. Paula José e em especial Brigida José, que está igualmente empenhada na trilha da pesquisa e elaboração da monografia. Cada desafio enfrentado tornou-se mais significativo e cada conquista mais gratificante graças à nossa jornada compartilhada. Sua parceria e apoio foram verdadeiramente inestimáveis.

Ao meu orientador, devo reconhecer sua orientação preciosa, vasto conhecimento e insights cruciais ao longo de todo o processo de pesquisa. Seus conselhos e críticas construtivas moldaram substancialmente a trajetória deste trabalho.

À respeitável coordenadora, Yamilé Cardenas Hernández, expresso minha sincera gratidão por sua dedicação incansável em suas funções e pelo estímulo que proporcionou a todos nós, seus educandos, na busca por nossos objetivos.

Ao Hospital Geral de Cacuaco e a todas as mulheres múltiparas que participaram de nosso estudo sobre as "Consequências do Parto Domiciliar no IIº Trimestre de 2023". A colaboração do hospital e a disposição das mulheres em compartilhar suas experiências foram fundamentais para o sucesso deste estudo. Suas contribuições são inestimáveis e têm o potencial de melhorar significativamente os cuidados às mulheres durante o parto e o nascimento.

Aos meus estimados professores, colegas de estudo e de trabalho, bem como a todos aqueles que, de uma maneira ou de outra, contribuíram e forneceram incentivo para concluir esta fase da minha trajetória profissional, agradeço de coração.

Este projecto não teria sido possível sem a colaboração de todas as pessoas mencionadas anteriormente, bem como de muitos outros que, de diferentes maneiras, desempenharam um papel crucial no sucesso deste empreendimento. Expresso meu profundo agradecimento a todos que, de maneira direta ou indireta, fizeram parte desta significativa jornada.

EPIGRÁFE

“Em cada nascimento, uma escolha, em cada
escolha, uma jornada. 'O importante é ter a coragem
de seguir o instinto maternal”

Gaskin, 2022

RESUMO

Este estudo investiga as consequências dos partos domiciliares em mulheres múltiparas assistidas no Hospital Municipal de Cacuaco no segundo trimestre de 2023. Tratou-se de um estudo descritivo/exploratório com uma abordagem mista. A pesquisa teve como objectivo determinar as consequências dos partos domiciliares para mulheres múltiparas. Foram formuladas hipóteses sugerindo que os partos domiciliares poderiam resultar em sangramento em mulheres múltiparas, depressão pós-parto e riscos significativos tanto para o recém-nascido quanto para a mãe devido a complicações potenciais durante o trabalho de parto em casa. O objectivo geral foi compreender as consequências dos partos domiciliares em mulheres múltiparas assistidas no Hospital Municipal de Cacuaco no segundo trimestre de 2023. Os objectivos específicos incluíram identificar e descrever as principais consequências e conscientizar as mulheres sobre a importância de dar à luz em um ambiente hospitalar. Concluiu-se que os partos domiciliares estão associados a riscos significativos, incluindo complicações obstétricas, depressão pós-parto e riscos para tanto o recém-nascido quanto para a mãe. Esta pesquisa destaca a necessidade de aumentar a conscientização e a tomada de decisão informada sobre a escolha do local de parto entre mulheres múltiparas.

Palavras-chave: Consequência, parto domiciliar, mulheres múltiparas.

ABSTRACT

This study investigates the consequences of home births in multiparous women assisted at the Municipal Hospital of Cacuaco in the second quarter of 2023. It was a descriptive/exploratory study with a mixed (qualitative-quantitative) approach. The research aimed to determine the consequences of home births for multiparous women. Hypotheses were formulated, suggesting that home births could lead to bleeding in multiparous women, postpartum depression, and significant risks for both the newborn and the mother due to potential complications during labor at home. The general objective was to understand the consequences of home births in multiparous women assisted at the Municipal Hospital of Cacuaco in the second quarter of 2023. Specific objectives included identifying and describing the main consequences and raising awareness among women about the importance of giving birth in a hospital setting. It was concluded that home births are associated with significant risks, including obstetric complications, postpartum depression, and risks to both the newborn and the mother. This research highlights the need for increased awareness and informed decision-making regarding the choice of birthing location among multiparous women.

Keywords: Consequence, home birth, multiparous women.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 3. 1. Distribuição segundo a idade das mulheres múltíparas	32
Gráfico 3. 2. Distribuição segundo o estado civil	33
Gráfico 3. 3. Distribuição segundo o estado nível acadêmico	34
Gráfico 3. 4 Distribuição segundo a Situação laboral.	35
Gráfico 3. 5 Distribuição segundo as consequências do parto domiciliar.	36
Gráfico 3. 6. Distribuição segundo a situação de paridade	37
Gráfico 3. 7 Distribuição segundo o acompanhamento do parto	38
Gráfico 3. 8 Distribuição segundo Histórico Obstétrico Anterior ao Parto Domiciliar?	39
Gráfico 3. 9 Distribuição segundo as principais razões que lhe levou a optar pelo parto domiciliar	40
Gráfico 3. 10 Distribuição segundo solicitação de trabalho de parto domiciliar?.	41
Gráfico 3. 11 Distribuição segundo experiência, parir no domicílio ou no hospital	42
Gráfico 3. 12. Distribuição segundo a orientação	43

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Principais complicações precoces e tardias relacionadas ao tipo de parto	15
Tabela 2. Indução do trabalho de parto: indicações e contraindicações	17
Tabela 3. Importância de aplicar o escore de Bishop	18
Tabela 3. 1. Distribuição segundo a idade das mulheres multíparas	32
Tabela 3. 2. Distribuição segundo o estado civil	33
Tabela 3. 3. Distribuição segundo o estado nível acadêmico.....	34
Tabela 3. 4 Distribuição segundo a Situação laboral.	35
Tabela 3. 5 Distribuição segundo as consequências do parto domiciliar.	36
Tabela 3. 6 Distribuição segundo a situação de paridade	37
Tabela 3. 7. Distribuição segundo o acompanhamento do parto	38
Tabela 3. 8 Distribuição segundo Histórico Obstétrico Anterior ao Parto Domiciliar?39	
Tabela 3. 9 Distribuição segundo as principais razões que lhe levou a optar pelo parto domiciliar	40
Tabela 3. 10 Distribuição segundo solicitação de trabalho de parto domiciliar?.	41
Tabela 3. 11 Distribuição segundo experiência, parir no domicílio ou no hospital	42
Tabela 3. 12. Distribuição segundo a orientação	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CPDMMA - Consequências do Parto Domiciliar em Mulheres Multíparas Assistidas

HMC - Hospital Municipal de Cacuaco

IIº Trim. - Segundo Trimestre

OMS - Organização Mundial da Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RI - Revisão Integrativa

EAMN - Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher

CEFE - Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem

DGISA - Direção Geral do Instituto Superior de Angola

MMA - Mulheres Multíparas Assistidas

SDPE - Saúde da Mulher no Processo de Parto e Nascimento

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	6
1.1. Definições de termos e conceitos	6
1.1.1. Consequência.....	6
1.1.2. Parto domiciliar	6
1.1.3. Mulher Multípara.....	7
1.2. História do Parto Domiciliar	8
1.2.1. Processo histórico do parto	9
1.3. Anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino	11
1.4. Fisiologia do Parto	13
1.5. Factores de Riscos e Complicações relacionadas ao parto	15
CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE PESQUISA.....	26
2.1. Tipos de pesquisa	26
2.2. Modelo da abordagem	26
2.3. Níveis de estruturação de métodos.....	27
2.4. Técnicas de recolha de dados	28
2.5. Instrumentos e procedimentos	28
2.6. População e amostra	30
2.7 Dificuldades encontradas	31
CAPÍTULO III: RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
3.1. Apresentação dos dados	32
3.2. Discussão dos resultados	44
Conclusão	49
Sugestões	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52

APÊNDICES

ANEXOS

INTRODUÇÃO

O parto é um momento inesquecível na vida das mulheres, pois envolve uma combinação de eventos fisiológicos, emocionais, assistenciais e sociais que culminam no nascimento de um novo ser humano. O acto de dar à luz é um evento singular, decorrente do processo natural e fisiológico do corpo.

O parto eutócico é o método mais ancestral da história, durante muito tempo considerado como um processo inteiramente espontâneo e natural. No entanto, com o avanço da Medicina, houve uma mudança nessa perspetiva, e o parto passou a ocorrer principalmente em ambiente hospitalar. Actualmente, observamos um resgate do parto como um processo fisiológico, que valoriza as escolhas da mulher, promovendo assim o processo de parturição e o nascimento do bebé.

Segundo a OMS, a mulher, durante o processo de parturição, deverá receber assistência emocional e atenção à saúde com o mínimo de intervenções. Essas medidas têm o intuito de diminuir o tempo do trabalho de parto, a dor e o uso de medicações anestésicas, bem como o número de cesáreas. Porém, essas recomendações estão longe de se tornar a nossa realidade, visto que o modelo de assistência à saúde em Angola ainda apresenta uma cultura que negligência os benefícios do processo de nascimento natural (OMS, 1996).

Na realidade angolana, a assistência ao parto é frequentemente afectada por uma série de desafios, tais como a escassez de profissionais de saúde, a falta de recursos e materiais adequados, bem como a insuficiência de infraestruturas que permitam um atendimento condigno. Estes fatores exercem uma influência direta na qualidade dos cuidados prestados às parturientes. Conforme indicado no relatório intitulado "Políticas Públicas Inclusivas sob uma Perspectiva de Género," elaborado por uma organização não-governamental angolana.

As mulheres angolanas escolhem cada vez mais ter os filhos em casa devido a más experiências anteriores nos hospitais, incluindo abusos físicos e verbais, revela um estudo que contabiliza em quase 50% dos partos feitos no domicílio. (Mosaiko, 2021).Tendo o exposto acima nos questionamos o seguinte:

Quais são as consequências do parto domiciliar nas mulheres múltiparas assistidas no Hospital Municipal de Cacuaco no II Trimestre de 2023?

➤ **Hipóteses**

H1: Os partos domiciliares provocam hemorragia nas mulheres múltiparas.

H2: A depressão pós-parto é uma das consequências em mulheres múltiparas.

H1: A obstrução durante o trabalho de parto no domicílio pode provocar consequências graves ao recém-nascido e a mãe.

• **Objectivos**

Geral

- Conhecer as consequências do parto domiciliar nas mulheres múltiparas assistido no Hospital Municipal de Cacuaco no IIº Trimestre de 2023.

Específicos

- Identificar as principais consequências do parto domiciliar nas mulheres múltiparas assistido no Hospital Municipal de Cacuaco no II Trimestre de 2023;
- Descrever as principais consequências do parto domiciliar nas mulheres múltiparas assistido no hospital municipal de Cacuaco no II Trimestre;
- Consciencializar as mulheres sobre a importância do trabalho do parto feito em uma unidade hospitalar.

- **Delimitação e Limitação**

Delimitação:

- **Geográfica:** O estudo focará exclusivamente nas mulheres multíparas da área servida pelo Hospital Municipal de Cacuaco durante o IIº trimestre de 2023.
- **Temporal:** Serão considerados apenas os eventos ocorridos durante o IIº trimestre de 2023.
- **Populacional:** A pesquisa se limitará a mulheres multíparas que tiveram partos domiciliares ou deram à luz no Hospital Municipal de Cacuaco durante esse período.

Limitação:

- **Acesso a dados:** Pode haver restrições no acesso aos registros médicos e informações de pacientes devido a questões de confidencialidade.
- **Recursos:** Limitações financeiras e de tempo podem afetar a quantidade de entrevistas ou a profundidade da análise de dados.
- **Generalização:** Os resultados podem não ser aplicáveis a outras regiões geográficas ou a mulheres primíparas, devido à amostra específica.
- **Viés de selecção:** Participantes que concordam em participar podem ter características diferentes dos que recusam, introduzindo um possível viés nos resultados.

Justificativa

O parto é um momento transcendental na vida de uma mulher, carregando implicações profundas para sua saúde, bem-estar e o futuro de seu filho. No contexto contemporâneo, a escolha entre o parto domiciliar e a assistência hospitalar é uma decisão que as mulheres multíparas enfrentam, influenciada por uma série de fatores, incluindo preferências pessoais, acesso aos cuidados de saúde e informações disponíveis.

➤ No nível pessoal:

A pesquisa proposta é intrinsecamente pessoal, pois aborda uma fase crítica da vida das mulheres, que impacta directamente sua saúde física e emocional, bem como a do seu recém-nascido. Muitas mulheres multíparas em Cacuaco optam pelo parto domiciliar por razões diversas, como o desejo de um ambiente mais familiar e menos medicalizado. Compreender as implicações dessas escolhas para essas mães e seus bebês é vital para fornecer informações informadas e promover decisões mais seguras e conscientes.

➤ No nível social:

No contexto social, o tema é igualmente relevante, uma vez que as decisões relacionadas ao parto domiciliar têm implicações directas na prestação de serviços de saúde e no sistema de saúde como um todo. Compreender as escolhas das mulheres multíparas em relação ao local de parto pode ajudar as autoridades de saúde a adaptar os serviços e políticas de saúde materna para melhor atender às necessidades e preferências da população local.

➤ No nível acadêmico:

Do ponto de vista acadêmico, este estudo preenche uma lacuna significativa na literatura existente sobre parto domiciliar em contextos específicos, como Cacuaco. A pesquisa contribuirá para o corpo de conhecimento existente, fornecendo dados empíricos que podem ser usados para informar políticas de saúde, orientar práticas médicas e, potencialmente, salvar vidas. Além disso, este estudo se insere no contexto do IIº trimestre de 2023, tornando-o particularmente relevante para o momento atual e futuro.

- **Estrutura do trabalho**

A pesquisa está estruturada da seguinte forma:

Introdução. Neste capítulo, será apresentada uma introdução ao tema da pesquisa, destacando sua relevância e contexto. Deve-se fornecer uma visão geral do estudo, seus objetivos e a problemática a ser abordada.

Capítulo I: Fundamentação Teórica. Neste capítulo, fornecemos uma revisão da literatura relacionada ao tema da pesquisa. Procuramos explorar conceitos, teorias e pesquisas prévias relacionadas ao parto domiciliar, aos cuidados de saúde em partos múltiplos e às características do Hospital Municipal de Cacuaco. Também discutimos os benefícios e riscos associados ao parto domiciliar e ao parto hospitalar, bem como os principais factores que influenciam a escolha das mulheres múltiplos nesse contexto.

Capítulo II: Metodologia de Pesquisa. Neste capítulo, detalhamos como a pesquisa foi conduzida. Aditivamente, procuramos descrever o desenho da pesquisa. Explicamos como a coleta de dados foi realizada, mencionando os instrumentos utilizados e a amostra de participantes (mulheres múltiplos). Além disso, apresentará os procedimentos de análise de dados empregados para extrair informações relevantes sobre as consequências do parto domiciliar no II Trimestre de 2023 no Hospital Municipal de Cacuaco.

Capítulo III: Discussão dos Resultados. Neste capítulo, apresentamos e analisar os resultados da pesquisa. Discutiremos as consequências específicas do parto domiciliar nas mulheres múltiplos, com base nos dados coletados durante o II Trimestre de 2023 no Hospital Municipal de Cacuaco. Relacionamos esses resultados à fundamentação teórica apresentada no Capítulo I, destacando as principais descobertas e tendências observadas. Além disso, discutimos as implicações dos resultados para a prática clínica e possíveis recomendações para a melhoria dos cuidados de saúde relacionados ao parto domiciliar e hospitalar.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. Definições de termos e conceitos

1.1.1. Consequência

Etimologia (origem da palavra consequência). Do latim *consequentia*. Aquilo que resulta ou é produzido por causa de; efeito, resultado: seu sucesso foi consequência de muito trabalho (Dicio, 2023).

Consequência é um termo que caracteriza o resultado, reação ou efeito produzido de um acontecimento ou uma ação. Normalmente este termo está relacionado com a causa ou frequência que ocorre seguida a um conjunto de condições relativas a uma ação (Conceito, 2023) .

O termo consequência deriva do latim *consequentia,ae*, que significa “série, ordem, sucessão de acontecimentos”.A consequência ainda pode caracterizar o resultado de proporções excessivas, que possui alguma importância ou influência para algo. Ela também pode se tratar de uma conclusão que é resultante de um raciocínio lógico, que alguém tenha deduzido. (Boh & Kretzmann, 2013).

Com origem na palavra latina *consequentia*, consequência é o resultado ou o efeito de algo anterior. Existe uma correspondência entre o resultado e o facto que gera. Pode-se dizer que quase todas as acções humanas têm algum tipo de consequência, visto serem seguidos por algo que foi influenciado pelo acto original. Se uma pessoa almoçar cinco hambúrgueres e depois sofrer uma indigestão, esse desconforto será consequência do alimento ingerido (Lewry, 2008).

Pode-se dizer que quase todas as acções humanas têm algum tipo de consequência, visto serem seguidos por algo que foi influenciado pelo acto original. Se uma pessoa almoçar cinco hambúrgueres e depois sofrer uma indigestão, esse desconforto será consequência do alimento ingerido.

1.1.2. Parto domiciliar

Parto ou nascimento é o termo de uma gravidez, em que um ou mais bebês deixam o útero da mulher. Parto é o nome dado ao momento em que o bebê deixa o útero da mulher, finalizando o período de gestação. Trata-se, portanto, do nascimento

da criança. O parto pode ocorrer de diferentes formas, sendo classificado basicamente em parto normal e cesárea (Castro 2015).

O parto domiciliar é aquele que ocorre em casa, geralmente escolhido por mulheres que buscam um ambiente mais acolhedor e íntimo para ter o seu bebê. Entretanto, é indispensável que este tipo de parto seja feito com um ótimo planejamento pré-natal e com o acompanhamento de uma equipe de saúde especializada, para garantir a assistência à saúde da mãe e do bebê e monitorização constante da temperatura, pulso pressão sanguínea e batimentos cardíacos do feto (Keedle, 2015).

O domicílio é reconhecido pelo Ministério da Saúde e pela OMS como um local adequado e seguro para o parto, em função de seus resultados obstétricos desde que seja da escolha da mulher e que ela e sua família recebam um cuidado seguro no momento do parto (OMS, 2015).

Estudo desenvolvido por Frank e Pelloso (2013) apontou que o domicílio enquanto local de cuidado no parto trouxe vários elementos que favoreceram um dos principais requisitos para o resgate da humanização no processo de nascimento: a autonomia da mulher. No domicílio ela se torna sujeito activo de seu parto, resgatando para si o próprio parto e o controle sobre seu corpo, tendo a oportunidade de actuar, de fazer suas escolhas com segurança, sem se inibir.

1.1.3. Mulher Multípara

Uma mulher (*do latim muliere*) é um ser humano adulto do gênero ou sexo feminino, animal bípede da ordem dos primatas pertencente à espécie *Homo sapiens*. "Menina" é o termo usado para uma criança humana do sexo feminino, e os termos "rapariga" (este tem conotação pejorativa no Brasil, diferente de outros países, tal como Portugal) ou "moça" para uma adolescente ou jovem adulta. Na velhice, é chamada de idosa, anciã, senhora ou simplesmente de mulher (Wikipédia, 2023).

Multípara refere-se a uma mulher que teve duas ou mais gestações viáveis. Do ponto de vista médico, uma gravidez deve durar pelo menos 20 semanas para ser considerada viável. Grande múltipara descreve uma mulher que teve cinco ou mais gestações viáveis, enquanto um bisavô múltipara descreve uma mulher que teve dez ou mais gestações (2023).

Outros termos frequentemente usados para descrever pacientes grávidas são gravidades e paridade. Gravidez refere-se ao número de vezes que uma mulher engravidou, independentemente do resultado. Paridade, ou "para", indica o número de gestações com duração superior a 20 semanas e, portanto, consideradas gestações viáveis (Sodré, 2007).

Grande múltipara refere-se a uma mulher que teve cinco ou mais gestações viáveis. Bisavô múltipara refere-se a uma mulher que teve 10 ou mais gestações viáveis. Quando uma mulher é considerada bisavó ou bisavó múltiparas, há um risco aumentado de resultados maternos e fetais insatisfatórios.

1.2. História do parto domiciliar

Segundo Vendrúscolo & Kruehl (2015) o parto era considerado assunto de mulher até meados do século XVII, a parteira que realizava o parto era de confiança da família e quem a auxiliava geralmente a mãe da parturiente. Já em âmbito da realeza, o parto era considerado um espetáculo e era assistido por diversas pessoas.

Durante séculos o parto era realizado no ambiente doméstico, as mulheres tinham seus partos em casa e ajudavam umas às outras a realizá-lo. Os cuidados no domicílio se davam desde o pré-natal até o pós-parto e recuperação total da puérpera. Raramente o procedimento de parto era realizado em um hospital, mas já se tinha o conhecimento sobre os riscos do parto, como parto obstruído, infecções, hemorragias e até mesmo a morte da gestante e do feto (Silva, 2019).

No século XIII, o médico tinha como nome "cirurgião-barbeiro" e era solicitado quando ocorria morte da gestante ou do feto no trabalho de parto. O procedimento que ele fazia era chamado cesariana, indicado quando havia morte da puérpera e embriotomia e morte do feto (Silva, 2019).

O conhecimento científico continuou avançando, sendo transferido para o atendimento ao parto. Aos poucos foram sendo compreendidos os múltiplos aspectos envolvidos no trabalho de parto, a anatomia pélvica passou a ser conhecida e surgiram avanços de extraordinária importância, como a primeira anestesia obstétrica, o clorofórmio, que desencadeou na época um debate moral sobre o alívio da dor no parto (Silva, 2019, p.73).

Segundo Silva (2019, p. 73), "com o avanço científico, o parto foi transferido do domicílio para o hospital, que desenvolveu regras para atender às necessidades de segurança do médico, excluindo familiares e amigos das parturientes". A mulher

deixou de ter autonomia e quem passou a ter domínio sobre as decisões foram os profissionais de saúde que actuavam para realizar o parto.

A institucionalização acabou afastando a família do processo de nascimento, as parturientes deixaram de ter autonomia e privacidade, quem tomava as decisões era o médico, no momento do trabalho de parto eram utilizados procedimentos invasivos (episiotomia, tricotomia e enema). O trabalho de parto passou a ser um momento cheio de normas e regras defendidas pela instituição (Kruel, 2015).

Nos últimos 30 anos muitos estudos foram realizados em relação aos métodos e intervenções invasivas utilizadas no âmbito hospitalar. Esses estudos possibilitaram evidenciar que muitas dessas intervenções poderiam ser realizadas de forma mais selectiva, evitando assim traumas desnecessários à parturiente (Silva, 2019).

1.2.1. Processo histórico do parto

Segundo Montenegro, (2008). O parto domiciliar, como prática ancestral, desempenhou um papel fundamental na história da obstetrícia e na experiência das mulheres ao longo das eras. Antes do advento da medicina moderna e das instituições hospitalares, o parto domiciliar era a norma em praticamente todas as culturas e civilizações do mundo. Sua história pode ser dividida em várias fases significativas:

➤ Fase 1: Parto domiciliar na antiguidade

O parto domiciliar remonta à antiguidade, sendo uma prática comum em sociedades pré-históricas e antigas. Mulheres frequentemente davam à luz em suas próprias casas, com o auxílio de parteiras ou mulheres mais experientes da comunidade. Esse período viu a transmissão oral do conhecimento sobre parto de geração em geração, com rituais e práticas específicas associadas ao nascimento.

➤ Fase 2: Mudanças na idade média e renascimento

Durante a Idade Média, houve uma mudança gradual em direção ao parto domiciliar assistido por parteiras. A Igreja Católica exerceu influência sobre as práticas de parto, promovendo uma visão mais religiosa do nascimento. As parteiras eram muitas vezes mulheres mais velhas, conhecidas como “sábias”, que eram respeitadas por sua experiência. Durante o Renascimento, houve uma ênfase crescente na anatomia e na medicina, levando a um maior envolvimento de médicos no parto, tanto em casa quanto em hospitais (Moura & Mendonça, 2009).

➤ **Fase 3: Medicalização do Parto no Século XIX**

No século XIX, a medicalização do parto ganhou força, especialmente nas classes sociais mais altas. Os médicos começaram a assumir o papel principal na assistência ao parto, e o parto em casa passou a ser considerado antiquado e arriscado. O desenvolvimento da anestesia e da cirurgia também contribuiu para a crescente medicalização do parto (Ricci & Susan, 2008).

➤ **Fase 4: Movimento de Retorno ao Parto Domiciliar**

No século XX, especialmente nas décadas de 1960 e 1970, houve um ressurgimento do interesse no parto domiciliar em muitos países ocidentais. Esse movimento foi impulsionado por várias razões, incluindo o desejo das mulheres de recuperar o controle sobre seus partos e evitar intervenções médicas desnecessárias. O renascimento do parto domiciliar também foi apoiado por pesquisas que destacaram os benefícios da assistência por parteiras qualificadas.

➤ **Fase 5: Variações culturais e legais**

A aceitação do parto domiciliar varia significativamente de país para país e de cultura para cultura. Em algumas regiões, o parto domiciliar é amplamente regulamentado e aceito, enquanto em outras, enfrenta restrições legais e resistência cultural. A segurança e a regulamentação do parto domiciliar continuam sendo tópicos debatidos em todo o mundo.

➤ **Fase 6: O parto domiciliar no século XXI**

No século XXI, o parto domiciliar continua a ser uma escolha válida para muitas mulheres em busca de uma experiência de parto mais personalizada e menos medicalizada. As parteiras certificadas desempenham um papel central na assistência ao parto domiciliar, e muitos programas de saúde reconhecem sua contribuição para a saúde materna e fetal (Medeiros, 2017).

A história do parto domiciliar é um reflexo da evolução das práticas de parto ao longo do tempo. Desde sua prevalência na antiguidade até seu declínio na era da medicalização, e finalmente seu renascimento no século XXI, o parto domiciliar continua a ser um tópico de interesse e debate. Compreender essa história é essencial para avaliar as escolhas das mulheres em relação ao local de parto e a evolução das práticas de assistência ao parto.

1.3. Anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino

A função reprodutiva da mulher é complexa e começa antes mesmo do nascimento, com a produção de gametas. No entanto, os gametas femininos permanecem inativos até a menarca, o início da puberdade. Isso é descrito por Carvalho (2012). O sistema reprodutor feminino é composto por diversas estruturas, incluindo útero, vagina, ovários, tubas uterinas, mamas e a vulva, que engloba várias partes, como clitóris, uretra, lábios maiores e menores, e outras, conforme Medeiros (2011).

Os ovários, situados abaixo das tubas uterinas, desempenham um papel fundamental na reprodução, produzindo ovócitos, progesterona e estrogênio. Esses hormônios são responsáveis pelo desenvolvimento de características femininas, como mencionado por Santos (2012). Os ovários são mantidos no lugar por ligamentos, incluindo o suspensor do ovário, o útero-ovárico e o ligamento largo do útero, como explicado por Medeiros (2017).

Durante a vida reprodutiva, os ovários passam por mudanças, adquirindo cicatrizes devido às rupturas durante a ovulação. Após a menopausa, eles perdem a capacidade de reprodução e sofrem atrofia, conforme Santos (2012). Além disso, disfunções ovarianas, como a Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), podem afetar a saúde reprodutiva da mulher, levando a problemas metabólicos e cardiovasculares, como explicado pela Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (2015).

As tubas uterinas desempenham um papel crucial no transporte do ovócito e, possivelmente, do espermatozoide até o útero. Elas consistem em várias partes, incluindo o infundíbulo, onde as fímbrias capturam o ovócito após a ovulação, e a ampola, onde ocorre a fecundação, como explicado por Hurt (2012). Essas estruturas também secretam substâncias que nutrem os espermatozoides e o embrião, aumentando sua viabilidade, conforme Gonçalves e Aguiar (2011).

O útero é uma estrutura muscular que varia em forma e tamanho, localizada na cavidade pélvica. Possui três camadas - perimétrio, miométrio e endométrio - e três partes: fundo, corpo e colo do útero. Ele é sustentado principalmente pelos ligamentos largo e redondo do útero e pode se adaptar à posição da mulher, da bexiga e do reto, como explicado por Ricci (2008). O endométrio, a camada mais interna do útero, é

onde o embrião se fixa, e sua espessura varia ao longo do ciclo menstrual, levando à menstruação se não houver gravidez.

A vagina é um canal muscular que abriga os espermatozoides durante o acto sexual e serve como passagem para o parto e a menstruação, de acordo com Lessa (2018). A vulva engloba várias estruturas, incluindo o clitóris, que é homólogo ao pênis, os grandes e pequenos lábios, o meato uretral e outras partes. Durante a excitação sexual, o clitóris se enche de sangue, os pequenos lábios ficam túrgidos, e as glândulas vestibulares liberam uma secreção mucosa que ajuda na lubrificação vaginal, como explicado por Hurt (2012).

As mamas, embora não façam parte do sistema reprodutor em termos de função primordial, desempenham um papel importante na amamentação. São glândulas cutâneas modificadas que produzem leite materno. Elas estão localizadas no tórax anterior, divididas pelo sulco intermamário e consistem em parênquima mamário, estroma e pele, como descrito por Gonçalves (2011). Durante a gestação, as mamas respondem aos estímulos hormonais, produzindo leite para o recém-nascido após o parto.

O ciclo menstrual é dividido em fases folicular e lútea, com a ovulação como evento crucial entre elas. O ciclo é regulado por hormônios como FSH, LH, progesterona e estrogênio, como explicado por Steven (2015). Os ovócitos começam a ser produzidos antes do nascimento e, na fase folicular, um deles se destaca, amadurecendo até a ovulação. O LH desempenha um papel crucial na ovulação, e o folículo rompido forma o corpo lúteo, que mantém a gravidez nas primeiras semanas, de acordo com Velho e Oliveira (2010).

Na fase lútea, a progesterona é secretada pelo corpo lúteo e mantém a gravidez até que a placenta assuma essa função, como explicado por Gomes (2010). Se não houver fecundação, os níveis hormonais diminuem, levando à menstruação e iniciando um novo ciclo menstrual.

Em resumo, o sistema reprodutor feminino é uma rede complexa de órgãos e estruturas que desempenham papéis essenciais na reprodução e na manutenção da saúde da mulher. Ele é regulado por uma interação intrincada de hormônios e processos físicos, que permitem a produção de gametas e a possibilidade de gravidez. Além disso, o sistema reprodutor feminino está sujeito a diversas condições médicas,

como a SOP, que podem afetar a saúde reprodutiva. É crucial entender esses aspectos para cuidar da saúde e do bem-estar das mulheres.

1.4. Fisiologia do parto

O parto pode ocorrer de duas formas: parto cesárea; que consiste no ato cirúrgico, onde é feita uma incisão na parede do abdômen e útero da gestante para retirada do feto; parto vaginal que é a expulsão do feto pelo canal vaginal. Esse último é conhecido no senso comum como parto normal ou natural (Montenegro, 2017).

Uma série de transformações ocorrem no corpo feminino durante toda a gestação a fim de possibilitar o desenvolvimento do feto e o parto propriamente dito. Para explicar como ocorre o parto é importante conhecer os factores que desencadeiam o trabalho de parto. De acordo com Ricci (2019, p.424), “o corpo da gestante passa por várias mudanças em preparação para o nascimento do feto.” Essas mudanças muitas vezes apresentam sinais e sintomas característicos, tais como:

- **Alterações hormonais:** no último trimestre da gestação aumenta a produção do estrogênio e diminui a produção da progesterona;
- **Mudança no colo uterino:** amolecimento e dilatação da estrutura;
- **Descida do feto:** o feto se encaixa na pelve materna;
- **Saída do tampão sanguinolento:** ocorre devido ao amolecimento do colo uterino;
- **Contração de braxton hicks:** contrações que são sentidas no decorrer da gestação (contrações de ensaio) tornam-se mais intensas;
- **Aumento do nível de energia:** nas últimas 48 horas que antecedem o parto, causado pelo aumento de epinefrina decorrente da redução da progesterona;
- **Ruptura da membrana amniótica:** ocorre vazamento do líquido amniótico.

A mesma auctora relata também sobre os sinais que evidenciam o trabalho de parto: as contrações uterinas são sentidas pela gestante com maior intensidade e irradiam das costas para o abdômen, com intervalo de 2 a 4 minutos e duração de 30 a 60 segundos. As contrações são responsáveis pela dilatação do colo uterino e por impulsionarem a apresentação fetal.

É importante destacar que em alguns casos a gestante pode ter a ruptura espontânea da membrana amniótica, sem ter contrações uterinas. Segundo King et al., (2015 apud Ricci 2019), pode ocorrer em 8 a 10% das mulheres a termo, podendo entrar em trabalho de parto (contrações) nas próximas 24 horas.

Zugaib (2015) e Ricci (2019) dividem o parto em quatro estágios: dilatação, expulsão, dequitação e período de greenberg.

- **Dilatação:** a dilatação cervical ocorre através das contrações, começa com uma pequena modificação cervical e termina com a dilatação completa do colo uterino (10 cm de dilatação), tem duração média de 8 a 12 horas. A modificação cervical é avaliada através do toque vaginal e é medida em centímetros.
- **Expulsão:** nesse período as contrações tornam-se mais frequentes e com maior intensidade (2 a 3 minutos e duração de 60 a 90 segundos), fazendo com que ocorra a descida fetal e posterior passagem do feto ao longo do canal e terminando com o parto (nascimento). A duração média da expulsão é de 1 hora.
- **Dequitação:** a dequitação ocorre após o parto e consiste no descolamento e descida da placenta até chegar na expulsão da mesma, ou seja, o útero ainda continua contraindo, fazendo com que a placenta se desprenda da parede uterina e seja totalmente expelida.
- **Período de Greenberg:** tem início com a expulsão total da placenta, é considerado o pós-parto imediato.

Para definir a via de parto é muito importante que, desde o pré-natal, sejam analisados alguns parâmetros da saúde da gestante e do feto. Se a anatomia pélvica da gestante for pequena ou alargada, dificulta a passagem do feto e não é favorável ao parto vaginal. O feto pode estar na posição cefálica, pélvica ou de 9 ombro, as duas apresentações, pélvica e de ombro, têm indicação do parto cesárea, pois podem trazer riscos para a gestante e o feto (Ricci, 2019).

Montenegro e Rezende Filho (2017) destacam as principais condições que definem o parto cirúrgico (cesárea).

- **Absoluta:** placenta prévia total ou parcial, placenta acreta, malformações genitais como atresias e septo genital, desproporção cefalopélvica;

- **Relativa materna:** cardiopatias, pneumonias, dissecção aórtica, condições associadas à elevação da pressão intracraniana e histórico de fístula retovaginal;
- **Relativa fetal:** sofrimento fetal, prolapso de cordão, apresentação pélvica ou de ombro, gemelidade com primeiro feto não cefálico, gemelidade monoamniótica, macrosomia ou infecções virais com HIV e herpes.

Os factores essenciais para o trabalho de parto e o parto são os seguintes: via de passagem (canal de parto), passageiros (feto e placenta), força (contrações), posição (materna), resposta psicológica, filosofia (baixa tecnologia, alta humanização), parceiros (cuidadores que dão suporte), paciência (cronologia natural), preparação da gestante (base de conhecimentos em relação ao parto) e controle da dor (medidas de conforto) (Ricci, 2019, p. 447).

Assim, pode-se perceber que para ter um parto vaginal não depende somente dos factores anatômicos e fisiológicos, mas também das respostas psicológicas, do conhecimento da gestante através da assistência no pré-natal e do apoio dos cuidadores envolvidos nesse processo.

1.5. Factores de Riscos e Complicações relacionadas ao parto

Conforme estudo realizado por Mascarello. (2021), que objectivou analisar as complicações maternas precoces e tardias associadas à via de parto, identificou-se complicações pós-partos relacionadas em ambas as vias de parto, porém as maiores complicações acometem mulheres que tiveram parto cesárea. Abaixo, a tabela 1 contém as principais complicações precoces e tardias de maior prevalências relacionadas ao tipo de parto.

Tabela 1. Principais complicações precoces e tardias relacionadas ao tipo de parto

	Parto normal	Parto cesárea
Complicações precoces	- Anemia - Hemorroidas - Hemorragia	- Hemorragia - Infecção pós-parto - Infecção urinária - Dor - Complicações anestésicas - Cefaleia
Complicações tardias	- Incontinencia urinaria - incontinência fecal - Cistocele	- Dispareunia - Prolapso genital

Fonte: elaborado pela autora com base em Mascarello et al. (2021)

Em relação ao quadro apresentado é importante destacar os resultados do estudo realizado quanto aos riscos maternos relacionados ao tipo de parto:

Não houve diferença entre as mulheres que fizeram cesárea e as que tiveram parto vaginal quando as complicações precoces foram consideradas em conjunto. Quando as complicações precoces foram analisadas isoladamente, as mulheres do grupo cesárea apresentaram 2,9 p.p a mais de risco de infecção pós-parto (IC95% 0,80 – 5,02), 1,13 p.p. a mais de risco de infecção urinária (IC95% 0,33 – 1,94), 1,10 p.p. (IC95% 0,50 – 1,70) a mais de risco de complicações anestésicas (IC95% 0,50 – 1,70) e 1,24 p.p. a mais de risco de cefaleia (IC95% 0,62 – 1,87), porém apresentaram menor risco de anemia (-2,43 p.p., IC95% -4,86 – 0) e hemorroidas (-1,24 p.p., IC95% -1,98 – -0,49). (MASCARELLO et al., 2021, p.8).

Esses resultados permitem concluir que as mulheres submetidas a cesárea estão expostas a um maior número de fatores de risco e, portanto, desenvolvem maior quantidade de complicações precoces e tardias relacionadas ao parto. Considerando o parto de via vaginal, os riscos são pequenos para a gestante e o feto. Na admissão da gestante para o parto, é importante realizar exame físico minucioso para detectar quaisquer fatores que possam desencadear risco para a gestante e o feto.

Segundo Zugaib (2015), na anamnese da parturiente deve ser observada nas anotações de pré-natal se ocorreram complicações clínicas e/ou obstétricas no período da gestação. Devem também ser revisados os exames complementares desse período e a idade gestacional. Para evitar complicações no intra-parto devem ser pesquisadas situações como: presença de feto único ou gemelar; tamanho do feto; malformações fetais; e tipo sanguíneo.

O mesmo autor também destaca a importância de realizar um exame físico criterioso na admissão da parturiente no setor obstétrico. Neste exame deve ser avaliado as condições clínicas da gestante e do feto, a altura uterina, a contratilidade uterina e a ausculta do batimento cardíaco fetal (BCF), para evitar quaisquer complicações durante e após o parto. É relevante ressaltar os métodos utilizados para indução do parto, pois, se administrados incorretamente podem trazer riscos para a parturiente e o feto.

A indução do parto consiste na estimulação de contrações uterinas, por meio de métodos específicos, com o objectivo de promover o parto antes do início espontâneo do trabalho de parto. Difere da condução, na qual o objectivo é a adequação das contrações uterinas, iniciadas espontaneamente, para determinada fase do trabalho de parto (Zugaib, 2015, p.285).

De acordo com, Hurt et al. (2015), a indução do parto é indicada quando há benefícios para a parturiente e o feto. Antes de realizar a indução deve ser realizada a avaliação da maturidade pulmonar do feto (caso se o período de gestação for inferior a 39 semanas), e as condições fisiológicas e anatômicas da gestante. Se o parto vaginal for contraindicado não deve ser realizada a indução. Abaixo, o Tabela 2 contém as indicações e contraindicações da indução do parto.

Tabela 2. Indução do trabalho de parto: indicações e contraindicações

Indicações	Contraindicações
1. Descolamento prematuro da placenta 2. Corioamnionite 3. Hipertensão gestacional	1. Vasa prévia ou placenta prévia completa
1. Ruptura prematura das membranas 2. Gravidez pós-termo 3. Pré-eclâmpsia e eclampsia 4. Condições médicas maternas (diabetesmelito, doença renal, doença pulmonar crônica, hipertensão crônica)	1. Situação fetal transversa Infecção 2. HSV ativo, carga viral do HIV alta
1. Comprometimento fetal (restrição de crescimento fetal grave, isoimunização)	1. Deformidades estruturais da pelve
1. Morte fetal	1, Prolapso do cordão umbilical
1. Induções eletivas para idade gestacional > 39 semanas por questões logísticas, como acesso remoto ao cuidado 2. Razões psicossociais 3. História de partos rápidos 4. Normalmente, apenas considerada se a cérvix for favorável	1. Câncer cervical avançado

Fonte: Hurt et al. (2015, p. 105)

O mesmo autor também destaca a importância de aplicar o escore de Bishop, onde se o resultado for superior a oito a indução do parto se assemelha ao parto espontâneo e inferior a esse resultado tem maior índice de falha na indução, ou seja, causando prolongamento do trabalho de parto ou evolução para um parto cesárea.

Tabela 3. Importância de aplicar o escore de Bishop

Fator	0	1	2	3
Dilatação	Fechada	1-2 cm	3-4 cm	+5cm
Apagamento	0-30%	40-50%	60-70%	+80%
Altura	-3	-2	-1	>+1
Consistência	Firme	Média	Amolecida	-
Posição	Posterior	Centrada	Anterior	-

Fonte: Hurt et al. (2015, p 105)

Os métodos para indução da maturação cervical são classificados em métodos farmacológicos e métodos mecânicos. Estes agem no colo uterino e causam amadurecimento do canal cervical. Segundo Zugaib (2015) esses métodos caracterizam-se por:

- **Método farmacológico:** consistem no uso de fármacos como prostaglandina (misoprostol), relaxina, óxido nítrico e hialuronidase. São drogas que agem na dissolução do colágeno e, por consequência, causam amolecimento do colo uterino. Os efeitos colaterais relacionados a esses fármacos estão ligados à parturiente podendo gerar hiperestimulação uterina, febre, vômito e diarreia.
- **Métodos mecânicos:** constituem-se da aplicação direta de manipulação mecânica do colo uterino com escolamento das membranas, amniotomia e balão de Foley 14 ou 16. Eles irão estimular o amadurecimento cervical de forma mecânica.

A indução do trabalho de parto também pode ser realizada por meio da administração da ocitocina que induz e acelera o trabalho de parto através do aumento das contrações uterinas. As complicações e efeitos adversos estão relacionados à dose que é administrada. Os efeitos adversos da ocitocina são relacionados, primariamente, à dose.

No caso de administração da ocitocina, segundo Hurt et al. (2015, p.107):

A complicação mais comum é a taquissístole uterina, que pode resultar em hipoperfusão uteroplacentária. A taquissístole uterina em geral é reversível quando a infusão de ocitocina é diminuída ou descontinuada. Se necessário, um agente beta-adrenérgico pode ser administrado. O uso prolongado de ocitocina aumenta o risco de atonia uterina e hemorragia pós-parto. A infusão rápida de ocitocina pode resultar em hipotensão. A infusão prolongada pode resultar em intoxicação hídrica e hiponatremia, já que a ocitocina é estruturalmente semelhante ao hormônio antidiurético (Hurt et al., 2015, p 107).

Se bem administrado, esse procedimento traz bons benefícios, principalmente em gestações de alto risco, por reduzir as taxas de parto cesárea. É recomendado que se utilize esse método quando realmente for necessário. Antes de realizá-lo, as condições fisiológicas e anatômicas da gestante e a posição do feto devem ser avaliadas, após a indução deve ser mantido controle de vigilância dos sinais vitais, tanto da gestante como do feto (Silva, 2019).

1.6. Motivações para o parto domiciliar

O parto domiciliar é uma escolha que muitas mulheres fazem por uma variedade de razões, cada uma delas influenciada por fatores pessoais, culturais e sociais. Essas motivações podem ser compreendidas com base nas contribuições dos autores mencionados.

Montenegro (2008), autor do livro "Obstetrícia," destaca que uma das motivações fundamentais para o parto domiciliar é a busca por uma experiência mais natural de parto. Mulheres que optam por dar à luz em casa frequentemente desejam evitar o ambiente hospitalar, que muitas vezes é percebido como impessoal e medicalizado. Elas valorizam a intimidade de seu próprio espaço, onde se sentem mais no controle do processo de parto. O parto domiciliar pode ser visto como uma oportunidade para vivenciar o nascimento de uma maneira que respeita os ritmos naturais do corpo e a conexão emocional com o evento.

Por outro lado, Moura & Mendonça (2009), ao discutirem "A humanização e a assistência de enfermagem ao parto," ressaltam a motivação relacionada à busca por uma assistência de enfermagem humanizada. No contexto hospitalar, onde os procedimentos médicos podem ser dominantes, as mulheres podem se sentir despersonalizadas e não ouvidas em suas necessidades. O parto domiciliar oferece a oportunidade de receber cuidados mais centrados na mulher, onde as parteiras ou enfermeiras obstétricas podem estabelecer uma relação de confiança e prestar atenção às necessidades emocionais e psicológicas da gestante.

Coren (2009), autor do artigo sobre "Parto natural e parto normal," destaca que a motivação para evitar intervenções médicas desnecessárias é outra razão comum para a escolha do parto domiciliar. Em muitos hospitais, a medicalização do parto pode resultar em taxas mais altas de cesariana e em intervenções invasivas. Mulheres que desejam minimizar essas intervenções e acreditam que podem dar à luz de forma

segura e saudável sem a necessidade delas optam pelo parto domiciliar. Isso pode ser especialmente relevante para mulheres que buscam um parto vaginal após cesariana (VBAC), pois podem enfrentar resistência em hospitais.

Medeiros (2017), autor do estudo sobre "Aspectos relacionados à preferência da gestante pela via de parto," destaca que a motivação pode estar ligada à experiência anterior de parto. Mulheres que tiveram experiências traumáticas ou insatisfatórias em partos hospitalares anteriores podem escolher o parto domiciliar como uma alternativa onde se sintam mais seguras e confortáveis. Essa motivação pode refletir a busca por uma experiência de parto mais positiva e menos traumática.

Carvalho (2012), autor do artigo sobre "Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal," sugere que a desconfiança em relação às práticas obstétricas em hospitais pode motivar algumas mulheres a optarem pelo parto domiciliar. Elas podem ter preocupações sobre a medicalização excessiva do parto e desejam evitar práticas que consideram prejudiciais ao parto normal, como a episiotomia ou o uso frequente de ocitocina para acelerar o trabalho de parto.

Em resumo, as motivações para o parto domiciliar são multifacetadas e incluem a busca por uma experiência mais natural, a humanização da assistência, a evitação de intervenções médicas desnecessárias e a superação de experiências anteriores traumáticas. Cada mulher que faz essa escolha é influenciada por suas próprias experiências, valores e crenças, o que destaca a importância de respeitar suas decisões e fornece um ambiente seguro para o parto domiciliar, quando apropriado.

1.7. Consequências do parto domiciliar

O parto domiciliar é uma escolha que pode ter diversas implicações para as gestantes, suas famílias e os profissionais de saúde envolvidos. As consequências dessa escolha são multifacetadas e devem ser examinadas com cuidado, como destacado por alguns dos autores mencionados.

Montenegro (2008), autor do livro "Obstetrícia," aborda a importância de considerar as consequências médicas do parto domiciliar. Uma das principais preocupações é a segurança da gestante e do bebê. O parto domiciliar, embora possa oferecer um ambiente mais íntimo e personalizado, também pode aumentar os riscos, especialmente em casos de complicações imprevistas. É fundamental que mulheres

que optam pelo parto domiciliar estejam bem informadas sobre os riscos envolvidos e tenham acesso a profissionais de saúde qualificados para monitorar a saúde durante o processo de parto.

Medeiros (2017), em seu estudo sobre "Aspectos relacionados à preferência da gestante pela via de parto," destaca que as consequências do parto domiciliar também podem estar relacionadas à experiência da gestante. Mulheres que optam pelo parto domiciliar muitas vezes buscam uma experiência mais tranquila e menos medicalizada. Se a experiência atender às expectativas da gestante, isso pode resultar em uma sensação de empoderamento e satisfação. No entanto, se surgirem complicações inesperadas, a experiência pode ser traumática.

Carvalho (2012), autor do artigo sobre "Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal," destaca que as consequências também podem ser influenciadas pelo sistema de saúde e pelas políticas de atendimento ao parto. Em alguns casos, a escolha pelo parto domiciliar pode ser uma resposta à desconfiança em relação às práticas obstétricas em hospitais. Isso levanta questões sobre a qualidade da assistência prestada em diferentes contextos de parto.

Por outro lado, Gomes (2010), em seu livro "Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais," ressalta que as consequências do parto domiciliar também podem incluir a satisfação das usuárias em relação à assistência recebida. Mulheres que escolhem o parto domiciliar muitas vezes buscam um modelo de cuidado mais centrado na mulher, com menos intervenções médicas. Se essa abordagem for bem-sucedida e alinhar-se com as expectativas da gestante, pode resultar em alta satisfação com a experiência de parto.

Mosaiko (2021), em um artigo que aborda "Más experiências em partos anteriores levam angolanas a escolher parto em casa," destaca que experiências passadas de parto também podem influenciar a decisão pelo parto domiciliar. Mulheres que tiveram experiências traumáticas em partos anteriores em hospitais podem optar pelo parto em casa como uma forma de evitar situações semelhantes e buscar um ambiente mais familiar e acolhedor.

Portanto, as consequências do parto domiciliar são variadas e incluem aspectos médicos, experiência da gestante, satisfação com a assistência e resposta ao contexto

de saúde local. É fundamental considerar essas consequências ao tomar decisões relacionadas ao parto domiciliar e ao fornecer orientação e cuidados adequados às gestantes que optam por essa modalidade de parto.

Santos (2012), em seu artigo sobre "Assistência de enfermagem ao parto humanizado," ressalta que uma das consequências positivas do parto domiciliar é a redução do risco de intervenções médicas desnecessárias. Isso pode levar a um processo de recuperação pós-parto mais tranquilo para a gestante, com menos complicações relacionadas a procedimentos invasivos. Além disso, a ausência de intervenções médicas pode promover uma amamentação bem-sucedida nos primeiros momentos após o nascimento.

Por outro lado, Estudo publicado pela OMS (2015) sobre "Taxas de Cesáreas" destaca que uma consequência negativa do parto domiciliar pode ser a falta de acesso a intervenções médicas vitais em casos de emergência. Complicações imprevistas durante o parto podem ocorrer, e a demora na obtenção de cuidados médicos especializados pode ter sérias consequências para a saúde da gestante e do bebê.

Frank & Pelloso (2013, p.66) destacam que a escolha pelo parto domiciliar pode afectar as perspectivas de segurança do bebê. "Embora muitos partos domiciliares sejam planejados e ocorram sem complicações, existe um risco inerente associado à falta de acesso imediato a instalações e profissionais de saúde em caso de emergência". A segurança do bebê é uma das maiores preocupações quando se avalia a adequação do parto domiciliar.

Lakatos & Marconi (2007), autoras de "Fundamentos de metodologia científica," argumentam que é importante conduzir pesquisas científicas rigorosas sobre as consequências do parto domiciliar para obter uma compreensão completa dos riscos e benefícios. A pesquisa baseada em evidências pode fornecer informações valiosas para orientar políticas de saúde e práticas de assistência ao parto.

Mascarello (2021), em um estudo sobre "Análise de complicações maternas precoces e tardias associadas ao parto," destaca que a avaliação das consequências do parto domiciliar também deve levar em consideração os desfechos maternos, incluindo complicações de saúde que podem surgir após o parto. Monitorar o estado de saúde das gestantes após o parto domiciliar é crucial para identificar e tratar precocemente possíveis complicações.

Em resumo, as consequências do parto domiciliar são variadas e incluem aspectos relacionados à segurança, experiência da gestante, satisfação com a assistência e desfechos maternos. A escolha pelo parto domiciliar deve ser cuidadosamente considerada à luz dessas consequências, e é importante que as gestantes sejam bem informadas sobre os riscos e benefícios. Além disso, a pesquisa contínua sobre esse tópico é essencial para aprimorar as políticas de saúde e as práticas de assistência ao parto.

1.8. Papel dos profissionais de saúde

O papel dos profissionais de saúde desempenha um papel fundamental na assistência ao parto domiciliar, garantindo a segurança da gestante e do bebê, bem como fornecendo apoio físico e emocional. Vamos analisar essa questão com base nas contribuições dos autores mencionados.

Moura & Mendonça (2009), autoras do trabalho "A humanização e a assistência de enfermagem ao parto," destacam que os profissionais de saúde têm a responsabilidade de fornecer uma assistência humanizada durante o parto domiciliar. Isso inclui a criação de um ambiente de respeito e empatia, ouvindo as necessidades da gestante e respeitando suas escolhas. Os profissionais de enfermagem desempenham um papel crucial ao proporcionar cuidados personalizados e apoiar as gestantes emocionalmente.

Gomes (2010), autora de "Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais," enfatiza que as parteiras e enfermeiras obstétricas têm um papel fundamental na assistência ao parto domiciliar. Elas são treinadas para reconhecer sinais de complicações e agir rapidamente em situações de emergência. Além disso, desempenham um papel importante na promoção do parto natural e na minimização de intervenções médicas desnecessárias, quando apropriado.

Santos (2012), em seu artigo sobre "Assistência de enfermagem ao parto humanizado," destaca que os profissionais de saúde devem estar preparados para lidar com diferentes cenários durante o parto domiciliar. Isso inclui o acompanhamento adequado do progresso do trabalho de parto, a avaliação do bem-estar fetal e a tomada de decisões informadas sobre a necessidade de transferência para um hospital em casos de complicações. A capacidade de julgamento clínico e a

comunicação eficaz são habilidades essenciais para os profissionais de saúde nesse contexto.

Frank & Pelloso (2013), autoras do "Manual de Ginecologia e Obstetrícia do Johns Hopkins," ressaltam que os profissionais de saúde também têm a responsabilidade de educar as gestantes sobre os riscos e benefícios do parto domiciliar. Isso envolve um processo de consentimento informado, no qual as gestantes entendem completamente as implicações de sua escolha. Os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na tomada de decisões compartilhadas, permitindo que as gestantes façam escolhas informadas.

Estudo publicado pela OMS (2015) sobre "Taxas de Cesáreas" enfatiza que os profissionais de saúde devem estar cientes das diretrizes e protocolos relevantes para o parto domiciliar em seu país ou região. Isso inclui a familiaridade com os critérios de seleção de gestantes elegíveis para o parto domiciliar e a capacidade de realizar avaliações contínuas da saúde da mãe e do bebê durante o trabalho de parto.

O papel dos profissionais de saúde desempenha um papel fundamental na assistência ao parto domiciliar, garantindo a segurança da gestante e do bebê, bem como fornecendo apoio físico e emocional. Vamos analisar essa questão com base nas contribuições dos autores mencionados.

Moura & Mendonça (2009), autoras do trabalho "A humanização e a assistência de enfermagem ao parto," destacam que os profissionais de saúde têm a responsabilidade de fornecer uma assistência humanizada durante o parto domiciliar. Isso inclui a criação de um ambiente de respeito e empatia, ouvindo as necessidades da gestante e respeitando suas escolhas. Os profissionais de enfermagem desempenham um papel crucial ao proporcionar cuidados personalizados e apoiar as gestantes emocionalmente.

Gomes (2010), autora de "Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais," enfatiza que as parteiras e enfermeiras obstétricas têm um papel fundamental na assistência ao parto domiciliar. Elas são treinadas para reconhecer sinais de complicações e agir rapidamente em situações de emergência. Além disso, desempenham um papel importante na promoção do parto natural e na minimização de intervenções médicas desnecessárias, quando apropriado.

Santos (2012), em seu artigo sobre "Assistência de enfermagem ao parto humanizado," destaca que os profissionais de saúde devem estar preparados para lidar com diferentes cenários durante o parto domiciliar. Isso inclui o acompanhamento adequado do progresso do trabalho de parto, a avaliação do bem-estar fetal e a tomada de decisões informadas sobre a necessidade de transferência para um hospital em casos de complicações. A capacidade de julgamento clínico e a comunicação eficaz são habilidades essenciais para os profissionais de saúde nesse contexto.

Frank & Pelloso (2013), autoras do "Manual de Ginecologia e Obstetrícia do Johns Hopkins," ressaltam que os profissionais de saúde também têm a responsabilidade de educar as gestantes sobre os riscos e benefícios do parto domiciliar. Isso envolve um processo de consentimento informado, no qual as gestantes entendem completamente as implicações de sua escolha. Os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na tomada de decisões compartilhadas, permitindo que as gestantes façam escolhas informadas.

Estudo publicado pela OMS (2015) sobre "Taxas de Cesáreas" enfatiza que os profissionais de saúde devem estar cientes das diretrizes e protocolos relevantes para o parto domiciliar em seu país ou região. Isso inclui a familiaridade com os critérios de seleção de gestantes elegíveis para o parto domiciliar e a capacidade de realizar avaliações contínuas da saúde da mãe e do bebê durante o trabalho de parto.

CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE PESQUISA

A busca por alinhar o conhecimento à prática na área da saúde e fornecer uma base sólida para a construção do cuidado baseado em evidências levou à escolha da metodologia de pesquisa conhecida como revisão integrativa (RI). Originária dos Estados Unidos, a revisão integrativa é uma abordagem amplamente reconhecida, com raízes nas áreas da educação e da psicologia (Dal, 2008).

2.1. Tipos de pesquisa

Neste estudo, optou-se por uma pesquisa descritiva/exploratória. Isso significa que o foco principal foi descrever e explorar as consequências específicas do parto domiciliar em mulheres múltiparas que foram posteriormente atendidas no Hospital Municipal de Cacuaco durante o IIº Trimestre de 2023. A pesquisa descritiva permitiu-nos analisar em detalhes como o parto domiciliar afectou essas mulheres em termos de saúde, bem-estar e experiência pessoal.

Adicionalmente, nos permitiu descrever as experiências das mulheres, identificar padrões e tendências, bem como explorar factores que podem influenciar as consequências do parto domiciliar. Esse delineamento permitiu-nos compreender o problema no seu próprio contexto, não havendo a criação de situações que possam mascarar a realidade ou levar a interpretações errôneas (Hungler, 2004). A pesquisa descritiva objectiva descrever as características de certa população (Gil, 2010).

2.2. Modelo da abordagem

O estudo abordou uma abordagem mista, combinando elementos qualitativos e quantitativos para obter uma compreensão mais completa das consequências do parto domiciliar. Isso envolveu a colecta de dados quantitativos por meio de questionários e dados qualitativos por meio de entrevistas e observações.

Os dados quantitativos obtidos por meio de questionários nos forneceram informações sobre a prevalência de determinadas consequências, como complicações de saúde. Por outro lado, as entrevistas e observações qualitativas nos ajudaram a capturar as experiências, percepções e emoções das mulheres múltiparas, permitindo uma compreensão mais profunda das consequências em termos de bem-estar físico e emocional.

Adicionalmente, a integração sistêmica destes dois modelos nos permitiu ter uma visão mais abrangente e uma compreensão mais profunda do fenômeno em estudo e nos permitiu fazer a interpretação de fenômenos e atribuição de significados (Gil, 2007).

3.3. Níveis de estruturação de métodos

a) Método à nível teórico:

❖ Método Hipotético Dedutivo

Esse método foi utilizado para estruturar a pesquisa e formular hipóteses sobre as consequências do parto domiciliar em mulheres multíparas. As hipóteses foram testadas por meio da coleta e análise de dados. O método hipotético-dedutivo foi aplicado para formular hipóteses sobre as possíveis consequências do parto domiciliar em mulheres multíparas. Isso pode incluir hipóteses sobre complicações de saúde, impacto psicológico e satisfação das mulheres com a escolha do parto domiciliar. Essas hipóteses são testadas e analisadas à luz dos dados coletados.

❖ Método Histórico

O método histórico, o foco está na investigação de acontecimentos ou instituições do passado, para verificar sua influência na sociedade de hoje; considera que é fundamental estudar suas raízes visando à compreensão de sua natureza e função, pois, as instituições alcançaram sua forma actual através de alterações de suas partes componentes, ao longo do tempo, influenciadas pelo contexto cultural particular de cada época. (Lakatos & Marconi, 2007, p. 107).

O método histórico foi aplicado para contextualizar as práticas de parto domiciliar ao longo do tempo e entender como essas práticas evoluíram e influenciaram as experiências das mulheres multíparas no município de Cacuaco.

b) Método Análise Síntese

Esse método foi empregado para analisar e sintetizar os dados coletados, permitindo a identificação de tendências, padrões e conclusões sobre as consequências do parto domiciliar.

2.4. Técnicas de recolha de dados

As técnicas de colecta de dados são um conjunto de regras ou processos utilizados por uma ciência, ou seja, corresponde à parte prática da colecta de dados (Lakatos & Marconi, 2001). Assim sendo, para o presente estudo usar-se-á os seguintes:

Observação

A observação também é considerada uma colecta de dados para conseguir informações sob determinados aspectos da realidade. Ela ajuda o pesquisador a “identificar e obter provas a respeito de objectivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento” (Marconi & Lakatos, 1996, p. 79).

Utilizou-se a técnica de observação para registrar o ambiente e o processo de parto domiciliar, bem como o comportamento das mulheres multíparas durante o parto. Isso proporcionou uma visão direta das práticas e circunstâncias.

† Questionário

Segundo Cervo & Bervian (2002, p. 48), o questionário “refere-se a um meio de obter respostas às questões por uma fórmula que o próprio informante preenche”. Ele pode conter perguntas abertas e/ou fechadas. As abertas possibilitam respostas mais ricas e variadas e as fechadas maior facilidade na tabulação e análise dos dados. Foram aplicados questionários para colectar dados quantitativos sobre as mulheres multíparas, incluindo informações demográficas, histórico de partos anteriores e experiências durante o parto domiciliar.

2.5. Instrumentos e procedimentos

Os dados foram colectados somente após a aprovação do tema pela Direção Geral do Instituto Superior de Angola e pela Direção no Hospital Municipal de Cacaco. Os dados oriundos das entrevistas foram utilizados apenas para fins desta pesquisa, com o objectivo de proporcionar resultados científicos capazes de impactar na melhoria da assistência à mulher no processo de parto e nascimento. Para a apresentação dos resultados, o nome das mulheres foi mantido no anonimato. É importante pontuar que os dados, de posse da pesquisadora, foram mantidos guardados.

No processo de levantamento, cada participante foi convidado a participar da pesquisa e somente após a compreensão dos objetivos da pesquisa, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes. Isso envolveu a aplicação de três técnicas de colecta de dados complementares:

1. Guião de Entrevistas:

O Guião de Entrevistas foi utilizado para conduzir entrevistas com as mulheres múltiparas que passaram pelo parto domiciliar no Hospital Municipal de Cacuaco durante o IIº Trimestre de 2023. Isso possibilitou a colecta de informações qualitativas detalhadas sobre suas experiências, percepções e emoções em relação às consequências do parto domiciliar. Esses dados qualitativos foram essenciais para a análise das implicações do parto domiciliar nas mulheres múltiparas assistidas nesta pesquisa.

2. Questionários:

Os questionários foram projectados para colectar informações quantitativas específicas sobre a população em estudo, ou seja, as mulheres múltiparas que passaram pelo parto domiciliar e foram posteriormente atendidas no Hospital Municipal de Cacuaco durante o IIº Trimestre de 2023. Esses questionários incluíram dados demográficos das participantes, como idade, estado civil e nível de escolaridade, bem como informações sobre o histórico de partos anteriores dessas mulheres.

Além disso, os questionários abordaram aspectos relacionados a complicações de saúde que possam ter ocorrido durante o parto domiciliar. As participantes foram convidadas a relatar qualquer complicação que tenham experimentado, como hemorragias, dificuldades respiratórias, problemas com o recém-nascido, entre outros eventos adversos.

Todas essas informações coletadas por meio dos questionários foram devidamente analisadas e contribuíram para a compreensão das consequências do parto domiciliar em mulheres múltiparas, como detalhado no estudo realizado.

3. Grelha de Observação:

A grelha de observação foi usada durante a observação directa do parto domiciliar para registrar eventos e detalhes relevantes. Isso incluiu a duração do trabalho de parto, intervenções realizadas e quaisquer complicações que surgiram durante o processo durante o estudo sobre as "Consequências do Parto Domiciliar em Mulheres Multíparas Assistidas no Hospital Municipal de Cacuaco no IIº Trimestre de 2023". Esses registros foram fundamentais para a análise precisa das circunstâncias do parto domiciliar e para a compreensão das consequências que as mulheres múltiparas enfrentaram durante esse período específico.

3.6. População e amostra

➤ População

Universo de pesquisa ou população, segundo Stevenson (1981), consiste no todo pesquisado, do qual se extrai uma parcela que será examinada e que recebe o nome de amostra. A população do estudo foi composta por vinte e cinco (25), todas as mulheres múltiparas que passaram pelo parto domiciliar e posteriormente foram atendidas no Hospital Municipal de Cacuaco durante o IIº Trimestre de 2023. Essa população representou o grupo-alvo do estudo, e a inclusão de todas as mulheres múltiparas nesse período foi relevante para garantir uma visão abrangente das consequências do parto domiciliar.

➤ Amostra

A amostra foi selecionada de forma não probabilística ou por conveniência. Segundo Boyd e Westfall (1984), esse tipo de amostra permite a rápida obtenção de informações a baixo custo, tendo em vista as limitações de tempo e financeiras. A amostra consistiu em 15 intervenientes, mas apenas 11 participaram efetivamente do estudo. Essa amostra foi selecionada a partir da população total com base em critérios específicos, como a disponibilidade para participação.

Foi importante que a amostra fosse representativa das mulheres múltiparas que escolheram o parto domiciliar durante o período em questão. Isso permitiu extrair conclusões que puderam ser generalizadas para a população em estudo e contribuiu significativamente para a compreensão das consequências do parto domiciliar nessas mulheres.

2.7 Dificuldades encontradas

Durante a condução deste estudo, várias dificuldades foram encontradas, e estas estão diretamente relacionadas às especificidades do tema de pesquisa, que envolveu as "Consequências do Parto Domiciliar em Mulheres Multíparas Assistidas no Hospital Municipal de Cacuaco no IIº Trimestre de 2023". Alguns dos desafios enfrentados incluíram questões logísticas relacionadas à colecta de dados durante o parto domiciliar.

Além disso, o estudo também enfrentou desafios éticos e relacionados ao consentimento informado. Lida-se com um tópico extremamente sensível, e foi de extrema importância garantir que todas as participantes estivessem completamente informadas sobre os objectivos da pesquisa e os procedimentos de colecta de dados. O processo de obtenção do consentimento informado foi rigorosamente seguido, assegurando que todas as participantes tivessem a opção de participar ou não voluntariamente, sem qualquer pressão.

Essas dificuldades, embora desafiadoras, foram cuidadosamente abordadas ao longo da pesquisa, garantindo que os princípios éticos e metodológicos fossem mantidos. A abordagem cuidadosa e bem planejada permitiu que o estudo fornecesse informações valiosas sobre as consequências do parto domiciliar para as mulheres multíparas assistidas no Hospital Municipal de Cacuaco durante o IIº Trimestre de 2023. Estas informações são cruciais para a compreensão da saúde materna e podem contribuir significativamente para a melhoria dos cuidados às mulheres durante o parto e o nascimento.

CAPITULO III: RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Apresentação dos dados

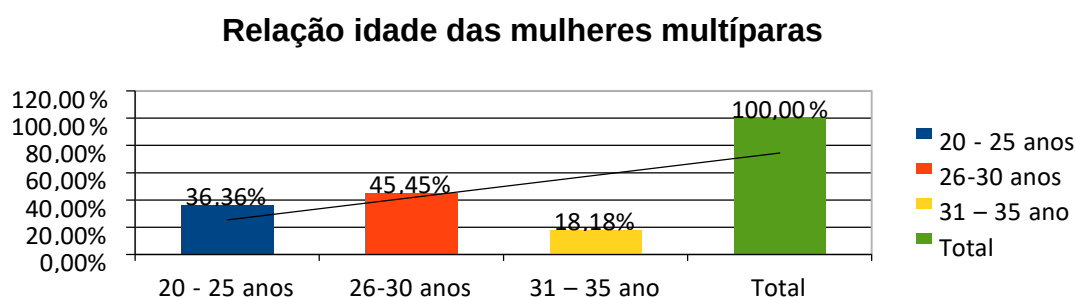
Concluído a recolha dos dados por meio de questionário e observação, avançamos com a análise e interpretação dos dados obtidos no campo. Portanto, escolhemos em fazer a apresentação, analisando e interpretando os resultados em forma de tabelas, gráficos e as devidas interpretações.

Tabela 3. 1. Distribuição segundo a idade das mulheres múltíparas

Idade	Fr.	%
20 - 25 anos	4	36,36%
26-30 anos	5	45,45%
31 – 35 ano	2	18,18%
Total	11	100,00%

Fonte: Elaboração própria a partir do questionário dirigido às mulheres múltíparas assistido no Hospital Municipal de Cacuaco.

Gráfico 3. 1. Distribuição segundo a idade das mulheres múltíparas



Fonte: Tabela nº 3.1

O estudo incluiu um total de 11 mulheres múltíparas assistidas no Hospital Municipal de Cacuaco. Essas mulheres foram categorizadas em três faixas etárias diferentes:

- **20 - 25 anos:** O grupo de mulheres com idades entre 20 e 25 anos representou a maior percentagem, com 4 casos (36,36%).
- **26 - 30 anos:** A segunda faixa etária, composta por mulheres com idades entre 26 e 30 anos, incluiu 5 casos, representando a maior percentagem de 45,45%.

- **31 - 35 anos:** O grupo de mulheres entre 36 e 40 anos foi o menor em termos de frequência, com 2 casos (18,18%).

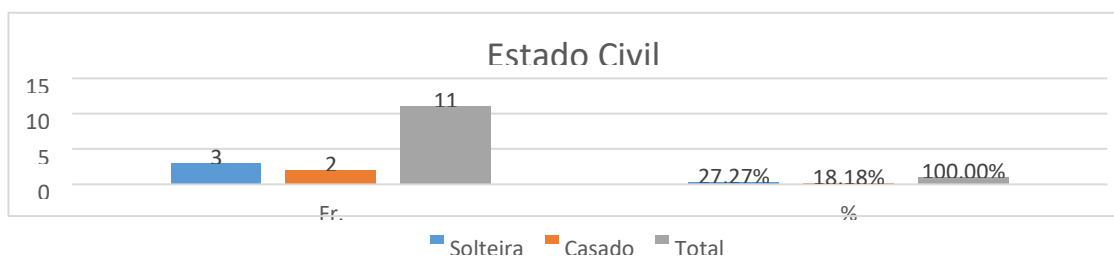
Esses resultados indicam a distribuição da idade das mulheres multíparas que foram assistidas no Hospital Municipal de Cacuaco. A maioria das mulheres estava na faixa etária de 26 a 30 anos, seguida pelas que tinham entre 20 e 25 anos, enquanto o grupo de 31 a 35 anos representou a menor porcentagem. Isso pode fornecer informações úteis para a análise de dados e a formulação de conclusões no contexto da pesquisa sobre mulheres multíparas assistidas nesse hospital.

Tabela 3. 2. Distribuição segundo o estado civil

Estado Civil	Fr.	%
Solteira ⁶	3	27,27%
União de facto	6	54,55%
Casado	2	18,18%
Total	11	100,00%

Fonte: Elaboração própria a partir do questionário dirigido às mulheres multíparas assistido no Hospital Municipal de Cacuaco.

Gráfico 3. 2. Distribuição segundo o estado civil



Fonte: Tabela nº 3.2.

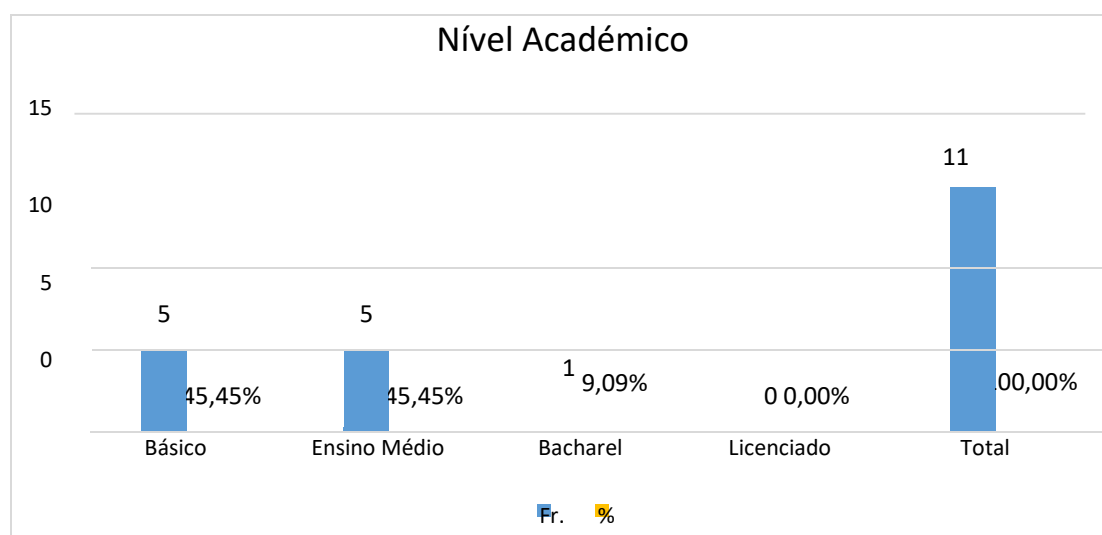
A tabela e o gráfico nº 3.2, trata da distribuição de casos de acordo com o estado civil, por meio do qual observa-se que o grupo de mulheres solteiras representou uma porcentagem de 27,27%, com um total de 3 casos. A maioria das mulheres incluídas no estudo estava em uma união de facto, totalizando 6 casos (54,55%). O grupo de mulheres casadas representou a menor porcentagem, com 2 casos (18,18%). Essas informações podem ser relevantes para a pesquisa, permitindo uma análise mais aprofundada em relação ao estado civil dessas mulheres no contexto do parto domiciliar e suas consequências.

Tabela 3. 3. Distribuição segundo o estado Nível Acadêmico

Nível Acadêmico	Fr.	%
Básico	5	45,45%
Ensino Médio	5	45,45%
Bacharel	1	9,09%
Licenciado	0	0,00%
Total	11	100,00%

Fonte: Elaboração própria a partir do questionário dirigido às mulheres múltiparas assistido no Hospital Municipal de Cacucá.

Gráfico 3. 3. Distribuição segundo o estado Nível Acadêmico



Fonte: Tabela nº3.3

Os resultados da tabela e gráfico nº 3.3, indicam que a maioria das mulheres múltiparas assistidas no Hospital Municipal de Cacucá possui níveis de educação básica e ensino médio, cada um representando uma parcela igual de 45,45%. Isso sugere que a amostra é predominantemente composta por mulheres com níveis de educação até o ensino médio. A presença de uma mulher com um nível acadêmico de bacharel (9,09%) indica que, embora menos comum, mulheres com níveis de educação mais elevados também são representadas na amostra.

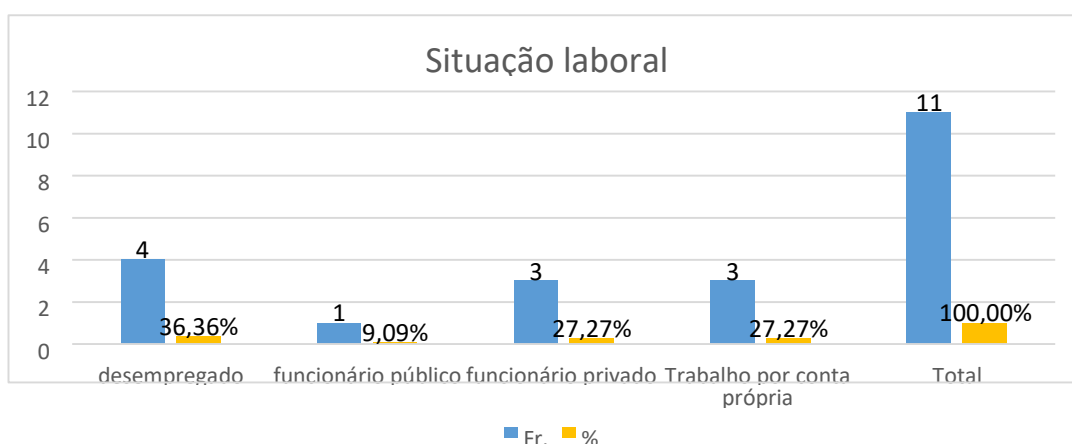
A ausência de mulheres com nível acadêmico de licenciado é um dado importante, pois demonstra que, pelo menos nesta amostra, não houve participantes com esse nível de educação. Esses dados podem ser relevantes para a pesquisa, pois podem influenciar a compreensão das consequências do parto domiciliar em mulheres múltiparas em relação ao nível de educação.

Tabela 3. 4 Distribuição segundo a Situação laboral.

Situação laboral	Fr.	%
Desempregado	4	36,36%
Funcionário público	1	9,09%
Funcionário privado	3	27,27%
Trabalho por conta própria	3	27,27%
Total	11	100,00%

Fonte: Elaboração própria a partir do questionário dirigido às mulheres múltiparas assistido no Hospital Municipal de Cacucio.

Gráfico 3. 4 Distribuição segundo a Situação laboral.



Fonte: tabela nº 3.4.

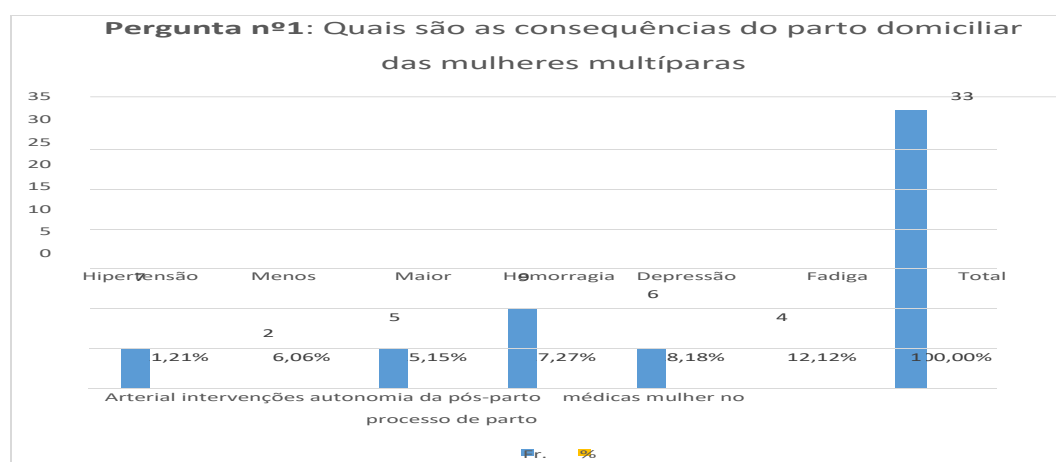
Os resultados do gráfico e da tabela e o gráfico acima revelam que a amostra de mulheres múltiparas assistidas no Hospital Municipal de Cacucio apresenta uma variedade de situações laborais. A maior parcela das mulheres estava desempregada (36,36%), o que pode ser um ponto relevante a ser considerado na análise das consequências do parto domiciliar para esse grupo. Havia uma participante que era funcionária pública (9,09%), enquanto as categorias de funcionário privado e trabalho por conta própria eram igualmente representadas, com 27,27% cada. A diversidade nas situações laborais dentro da amostra pode influenciar a compreensão das implicações do parto domiciliar em mulheres múltiparas, considerando possíveis factores socioeconômicos associados a essas situações laborais

Tabela 3.5. Distribuição segundo as consequências do parto domiciliar

Pergunta nº1: Quais são as consequências do parto domiciliar das mulheres múltiparas	Fr.	%
Hipertensão Arterial	7	21,21%
Menos intervenções médicas	2	6,06%
Maior autonomia da mulher no processo de parto	5	15,15%
Hemorragia	9	27,27%
Depressão pós-parto	6	18,18%
Fadiga	4	12,12%
Total	33	100

Fonte: Elaboração própria a partir do questionário dirigido às mulheres múltiparas assistido no Hospital Municipal de Cacuaco

Gráfico3. 5 Distribuição segundo as consequências do parto domiciliar.



Fonte: Tabela nº 3.5.

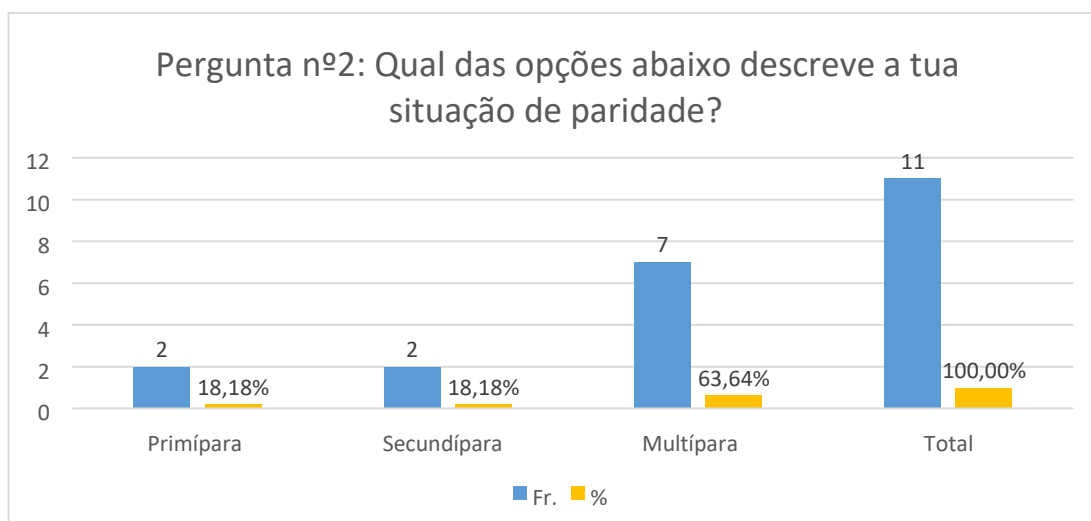
Os resultados exibidos no gráfico e tabela acima nº 3.5 mostram uma variedade de respostas em relação às consequências do parto domiciliar em mulheres múltiparas. A hipertensão arterial (21,21%) e a hemorragia (27,27%) foram as consequências mais frequentemente mencionadas. A depressão pós-parto (18,18%) também foi indicada como uma consequência importante. As respostas sugerem que a percepção das consequências do parto domiciliar varia entre as participantes, e isso pode ser influenciado por fatores individuais, experiências anteriores e informações disponíveis. Esses resultados fornecem uma visão sobre como as mulheres múltiparas percebem as consequências do parto domiciliar, o que pode ser relevante para o planejamento de políticas de saúde e educação para esse grupo específico de pacientes.

Tabela3. 6 Distribuição segundo a situação de paridade

Pergunta nº2: Qual das opções abaixo descreve a tua situação de paridade?	Fr.	%
Primípara	2	18,18%
Secundípara	2	18,18%
Múltipara	7	63,64%
Total	11	100,00%

Fonte: Elaboração própria a partir do questionário dirigido às mulheres múltiparas assistido no Hospital Municipal de Cacuaco

Gráfico 3. 6. Distribuição segundo a situação de paridade



Fonte: Tabela nº 3.6.

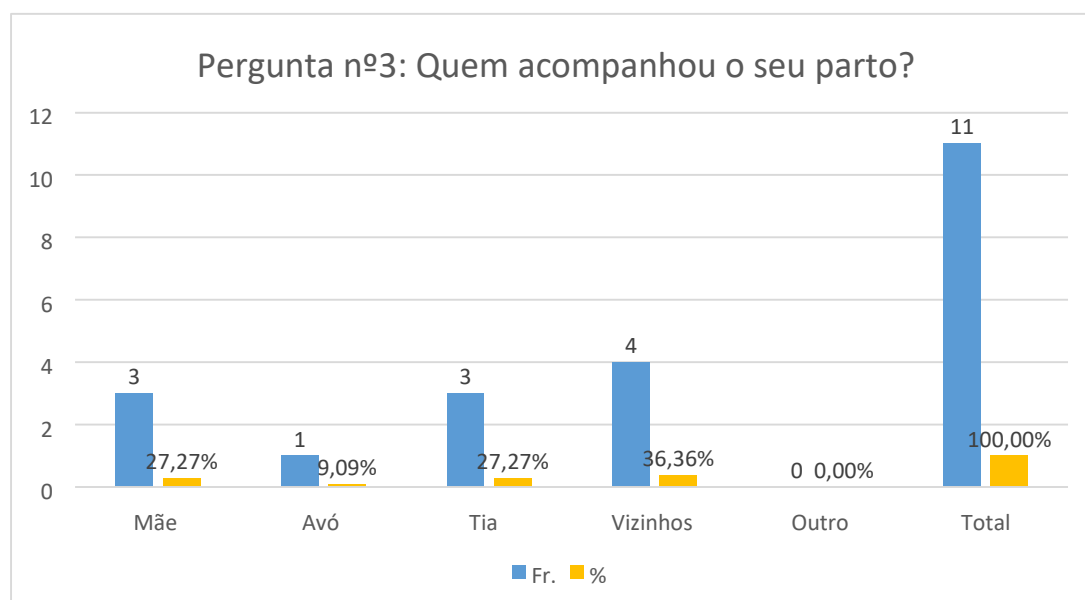
Os resultados do gráfico e tabela nº 3.6, mostram uma distribuição diversificada da situação de paridade entre as mulheres múltiparas assistidas no Hospital Municipal de Cacuaco. A maioria das participantes (63,64%) foi classificada como múltiparas, o que significa que já haviam dado à luz a mais de dois filhos. No entanto, também houve participantes que eram primíparas (18,18%) e secundíparas (18,18%). Essa diversidade na situação de paridade pode ser relevante para entender as necessidades e os cuidados específicos que podem ser necessários durante o parto domiciliar, uma vez que a experiência e o histórico de partos anteriores podem influenciar as escolhas e as consequências associadas ao parto domiciliar.

Tabela.3.7. Distribuição segundo o acompanhamento do parto

Pergunta nº3: Quem acompanhou o seu parto?	Fr.	%
Mãe	3	27,27%
Avó	1	9,09%
Tia	3	27,27%
Vizinhos	4	36,36%
Outro	0	0,00%
Total	11	100,00%

Fonte: Elaboração própria a partir do questionário dirigido às mulheres múltiparas assistido no Hospital Municipal de Cacuaco

Gráfico 3. 7 Distribuição segundo o acompanhamento do parto



Fonte: Tabela nº 3.7

Os resultados demonstram uma variedade nas pessoas que acompanharam o parto das mulheres múltiparas assistidas no Hospital Municipal de Cacuaco. Mães, tias e vizinhos foram mencionados como acompanhantes. A presença de vizinhos como acompanhantes (36,36%) é notável e pode indicar uma rede de apoio local nas comunidades onde essas mulheres vivem. A diversidade nas pessoas que acompanharam o parto pode ser relevante para a compreensão das circunstâncias sociais e do sistema de apoio que as mulheres múltiparas têm durante o parto domiciliar, o que pode influenciar as consequências e a segurança desse procedimento.

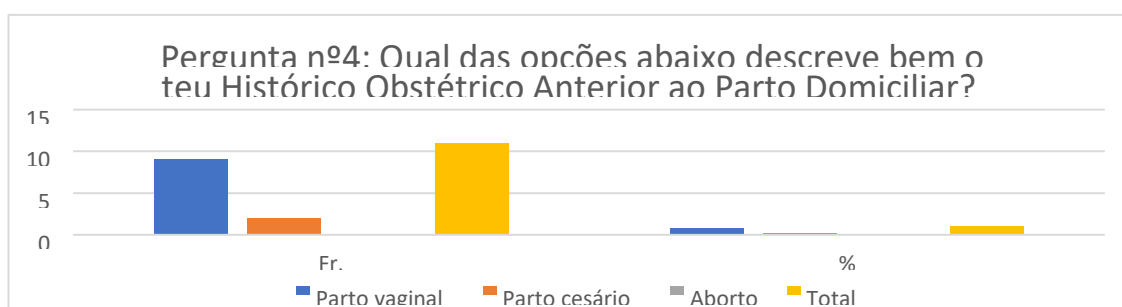
Tabela 3.8. Distribuição segundo Histórico Obstétrico Anterior ao Parto Domiciliar?

Pergunta nº4: Qual das opções abaixo descreve bem o teu Histórico Obstétrico Anterior ao Parto Domiciliar?

Parto vaginal	9	81,82%
Parto cesário	2	18,18%
Aborto	0	0,00%
Total	11	100,00%

Fonte: Elaboração própria a partir do questionário dirigido às mulheres múltiparas assistido no Hospital Municipal de Cacuo

Gráfico 3. 8 Distribuição segundo Histórico Obstétrico Anterior ao Parto Domiciliar?



Fonte: Tabela nº 3.8.

Os resultados gráficos e tabela nº3.8, revelam que a maioria das mulheres múltiparas assistidas no Hospital Municipal de Cacuo tinha um histórico obstétrico anterior de partos vaginais (81,82%). Um número menor de participantes indicou ter tido partos cesáreos anteriores (18,18%). A ausência de relatos de abortos anteriores é um dado importante a ser observado. O histórico obstétrico anterior é relevante para entender as experiências passadas das mulheres em relação ao parto, o que pode influenciar suas decisões e as consequências do parto domiciliar.

O facto de a maioria ter tido partos vaginais anteriores sugere uma experiência positiva com partos normais, o que pode influenciar sua escolha pelo parto domiciliar. Por outro lado, as poucas participantes que tiveram partos cesáreos anteriores podem ter diferentes considerações em relação à segurança do parto domiciliar.

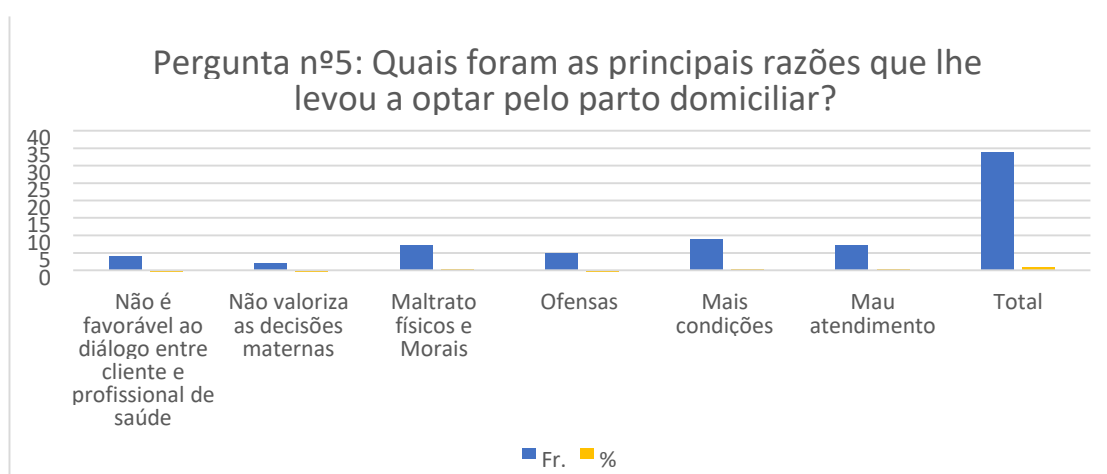
Tabela 3.9 Distribuição segundo as principais razões que lhe levou a optar pelo parto domiciliar

Pergunta nº5: Quais foram as principais razões que lhe levou a optar Fr. pelo parto domiciliar?

Não é favorável ao diálogo entre cliente e profissional de saúde	4
Não valoriza as decisões maternas	2
Maltrato físicos e Morais	7
Ofensas	5
Mais condições	9
Mau atendimento	7
Total	34

Fonte: Elaboração própria a partir do questionário dirigido às mulheres múltiparas assistido no Hospital Municipal de Cacucio

Gráfico 3. 9 Distribuição segundo as principais razões que lhe levou a optar pelo parto domiciliar



Fonte: Tabela nº 3.9

Os resultados do gráficos e tabela nº3.9, revelam que as razões para a escolha do parto domiciliar variam e incluem preocupações com a qualidade do atendimento e a relação entre as mulheres e os profissionais de saúde. Muitas mulheres mencionaram o maltrato físico e moral, ofensas, mau atendimento e a falta de diálogo favorável como razões para optar pelo parto domiciliar. Além disso, algumas participantes mencionaram que a escolha foi motivada pela crença de que teriam melhores condições em casa para o parto e pela falta de valorização das decisões maternas.

Esses dados são relevantes para entender as percepções e experiências das mulheres múltiparas em relação aos serviços de saúde, o que pode influenciar suas escolhas em relação ao local do parto. Isso destaca a importância de melhorar a comunicação e a qualidade do atendimento nos serviços de saúde para atender às necessidades e preocupações das mulheres grávidas.

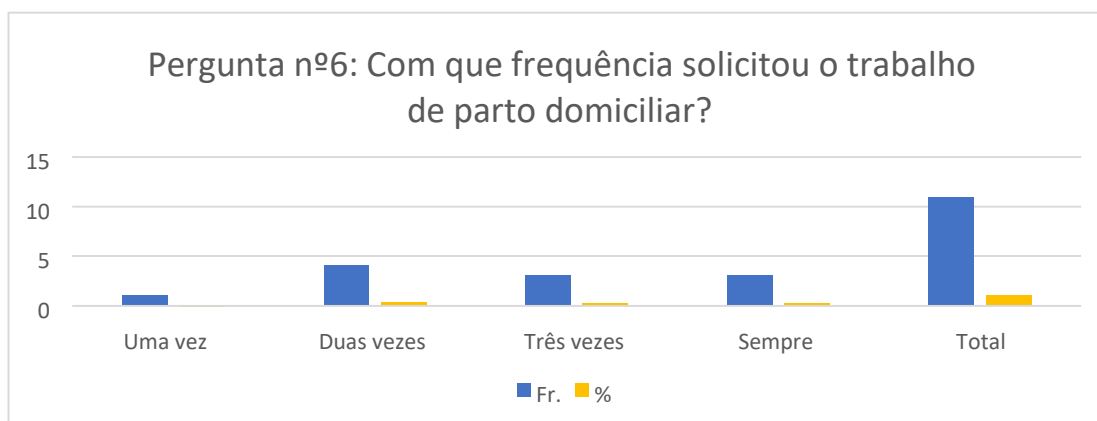
Tabela 3. 10 Distribuição segundo solicitação de trabalho de parto domiciliar?.

Pergunta nº6: Com que frequência solicitou o trabalho domiciliar?

	Fr.	% de parto
Uma vez	1	9,09%
Duas vezes	4	36,36%
Três vezes	3	27,27%
Sempre	3	27,27%
Total	11	100,00%

Fonte: Elaboração própria a partir do questionário dirigido às mulheres múltiparas assistido no Hospital Municipal de Cacuaco

Gráfico 3. 10 Distribuição segundo solicitação de trabalho de parto domiciliar?.



Fonte: Tabela nº 3.10

Os resultados da pergunta nº 6 mostram uma variedade na frequência com que as mulheres múltiparas solicitaram o trabalho de parto domiciliar. A maioria indicou ter solicitado o trabalho de parto domiciliar duas ou três vezes (36,36% e 27,27%, respectivamente), enquanto um pequeno número de participantes solicitou uma única vez (9,09%). Além disso, outra parcela significativa mencionou que sempre solicitava o trabalho de parto domiciliar (27,27%).

Essa diversidade na frequência de solicitação do trabalho de parto domiciliar pode refletir as diferentes experiências e circunstâncias individuais das mulheres múltiparas. Pode estar relacionada a mudanças nas circunstâncias de gravidez, experiências anteriores de parto ou outros fatores pessoais. Esses dados são importantes para compreender o comportamento das mulheres em relação à escolha do parto domiciliar e podem influenciar as políticas de saúde e os serviços prestados a esse grupo específico.

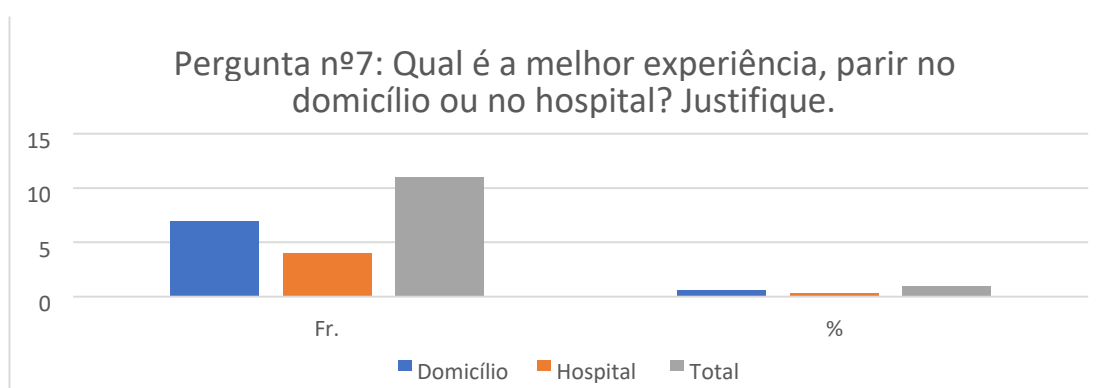
Tabela 3. 11 Distribuição segundo experiência, parir no domicílio ou no hospital

Pergunta nº7: Qual é a melhor experiência, parir no domicílio ou no hospital? Justifique.

Domicílio	7	63,64%
Hospital	4	36,36%
Total	11	100,00%

Fonte: Elaboração própria a partir do questionário dirigido às mulheres múltiparas assistido no Hospital Municipal de Cacuaco

Gráfico 3. 11 Distribuição segundo experiência, parir no domicílio ou no hospital



Fonte: Tabela nº 3.11

Os resultados da pergunta nº 7 demonstram uma preferência pela experiência de parto no domicílio por parte da maioria das participantes (63,64%). Isso sugere que essas mulheres múltiparas, em sua maioria, consideram o parto domiciliar como a melhor opção para elas. As razões para essa preferência podem variar e podem estar relacionadas a fatores como autonomia, conforto ou experiências anteriores.

Por outro lado, um grupo menor de participantes (36,36%) indicou que a melhor experiência foi o parto no hospital. As razões para essa preferência também podem variar e podem incluir preocupações com a segurança, acesso a cuidados médicos ou experiências anteriores no ambiente hospitalar.

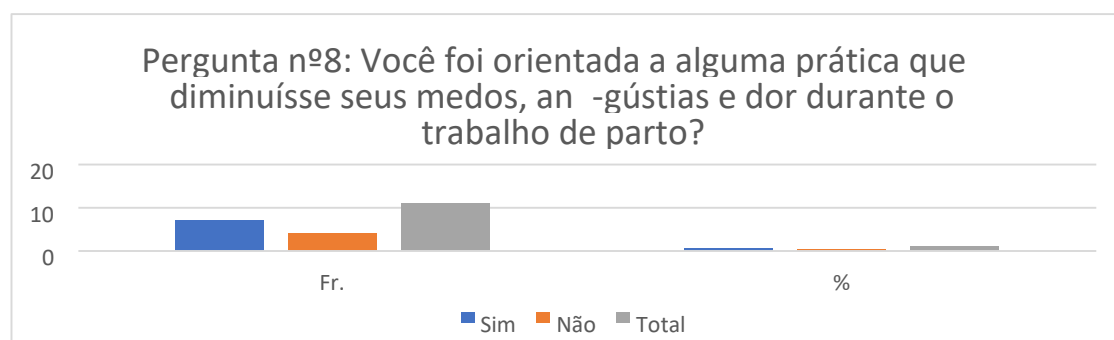
Essas percepções individuais destacam a importância de respeitar as escolhas das mulheres em relação ao local do parto e enfatizam a necessidade de serviços de saúde que ofereçam opções seguras e respeitosas para a realização do parto, tanto no domicílio quanto no hospital.

Tabela 3. 12. Distribuição segundo a orientação

Pergunta nº8: Você foi orientada a alguma prática que diminuísse seus medos, an-gústias e dor durante o trabalho de parto? Qual			Fr.	%
Sim			7	63,64
Não			4	36,36
Total			11	100

Fonte: Elaboração própria a partir do questionário dirigido às mulheres multiparas assistido no Hospital Municipal de Cacuaco

Gráfico 3. 12. Distribuição segundo a orientação



Fonte: Tabela nº 3.12

Os resultados da pergunta nº 12 mostram que a maioria das participantes (63,64%) foi orientada a práticas que visam diminuir os medos, angústias e dor durante o trabalho de parto. Isso sugere que houve um esforço por parte dos profissionais de saúde ou outros cuidadores para proporcionar orientação e apoio emocional durante o processo de parto. Essas práticas podem incluir técnicas de alívio da dor, apoio emocional, relaxamento e outras estratégias. Por outro lado, um grupo menor de participantes (36,36%) indicou que não recebeu orientação nesse sentido.

Isso pode indicar lacunas nos serviços de saúde em relação ao apoio emocional durante o trabalho de parto ou à falta de informações fornecidas às mulheres multíparas.

Esses resultados enfatizam a importância da comunicação eficaz e do apoio emocional durante o trabalho de parto, que pode influenciar a experiência das mulheres nesse momento crucial. A orientação e o suporte apropriados podem contribuir para um parto mais positivo e menos traumático.

3.2. Discussão dos resultados

Tabela 3.1. Idade das participantes: A distribuição de idade das participantes na pesquisa é relevante, uma vez que a idade pode influenciar as decisões relacionadas ao parto. A maioria das mulheres multíparas estava na faixa etária de 20 a 30 anos (Montenegro, 2008). Estudos indicam que mulheres mais jovens podem optar pelo parto domiciliar por desejarem um ambiente mais familiar e menos medicalizado. Por outro lado, mulheres mais velhas podem ter preocupações com a segurança do parto em casa e preferir o ambiente hospitalar (Medeiros, 2017).

Tabela 3.2. – Estado civil: A diversidade no estado civil das participantes é um fator relevante, uma vez que as circunstâncias familiares podem influenciar as decisões relacionadas ao parto. Segundo Montenegro (2008), as gestantes solteiras podem enfrentar desafios adicionais, uma vez que podem não contar com um parceiro ou apoio conjugal durante o parto, tornando o ambiente hospitalar uma opção mais segura. Por outro lado, Moura e Mendonça (2009) destacam que mulheres em união de facto ou casadas podem ter uma rede de apoio mais ampla, o que pode tornar o parto domiciliar uma alternativa viável, desde que seja acompanhado por profissionais qualificados. Portanto, o estado civil das gestantes desempenha um papel crucial na tomada de decisões sobre o local do parto e nas considerações sobre a segurança e o apoio disponíveis.

Tabela 3.3 - Nível acadêmico: O nível acadêmico predominante entre as participantes, até o ensino médio, é um fator relevante que pode influenciar a tomada de decisão em relação ao parto. Conforme mencionado por Medeiros (2017), mulheres com maior escolaridade geralmente têm acesso a informações mais abrangentes sobre saúde e parto, o que pode influenciar suas decisões.

Por outro lado, em um contexto sociocultural, o nível acadêmico pode estar relacionado à compreensão e ao julgamento das gestantes sobre os riscos e benefícios associados ao parto domiciliar. Este achado pode indicar a necessidade de estratégias educacionais direcionadas a mulheres com menor nível de escolaridade para garantir que elas tenham informações adequadas ao tomar decisões relacionadas ao parto (Montenegro, 2008).

Tabela 3.4. – A situação laboral. A diversidade na situação laboral das participantes reflete diferentes contextos socioeconômicos, e esse aspecto pode influenciar diretamente suas escolhas em relação ao local do parto. Como afirmam Sodré e Lacerda (2007), mulheres desempregadas podem enfrentar desafios financeiros que podem afetar suas decisões sobre onde dar à luz. Por outro lado, mulheres empregadas no setor público ou privado podem ter diferentes benefícios e opções de cuidados de saúde, o que pode impactar sua preferência pelo parto domiciliar ou hospitalar.

A situação laboral também pode influenciar o acesso a informações sobre as opções de parto, uma vez que as mulheres empregadas podem ter acesso a programas de assistência à gestante, como afirmado por Gomes (2010). Portanto, o contexto socioeconômico das mulheres multíparas desempenha um papel significativo em suas decisões em relação ao local do parto, com implicações para o planejamento de políticas de assistência ao parto e o acesso a cuidados de saúde adequados.

Pergunta 1 – Consequências do parto domiciliar. As consequências do parto domiciliar, mencionadas na tabela, incluindo a preocupação com a hipertensão arterial e a hemorragia, destacam a importância de compreender os riscos associados a essa prática. Conforme Carvalho (2012), o parto domiciliar pode aumentar o risco de complicações, uma vez que a assistência médica imediata pode não estar prontamente disponível em caso de emergência.

Essas preocupações corroboram com as descobertas de Frank & Pelloso (2013), que destacam que uma das principais vantagens do parto hospitalar é o acesso a cuidados médicos imediatos em situações de emergência. Portanto, os resultados sugerem a importância de informar adequadamente as mulheres multíparas sobre os riscos envolvidos no parto domiciliar, auxiliando-as na tomada de decisões informadas e seguras em relação ao local do parto.

Pergunta 2. – Preferência. A preferência da maioria das participantes pelo parto domiciliar pode ser entendida à luz do conceito de autonomia e busca por experiências menos medicalizadas. Conforme Frank e Pelloso (2013), mulheres que optam pelo parto domiciliar frequentemente buscam um ambiente mais acolhedor, com a sensação de controle sobre o processo de parto e menos intervenções médicas, o que pode promover uma sensação de empoderamento.

Além disso, a pesquisa de Montenegro (2008) destaca que muitas mulheres consideram o parto domiciliar como uma oportunidade de vivenciar um evento natural e íntimo, onde se sentem mais confortáveis e envolvidas no processo. Essa preferência pelo parto domiciliar ressalta a importância de respeitar a autonomia das mulheres e oferecer opções de assistência ao parto que atendam às suas preferências e necessidades.

Pergunta 3. – Apoio social durante o parto: A tabela 7 apresenta informações sobre quem acompanhou o parto das mulheres multíparas. A presença de vizinhos como acompanhantes (36,36%) é notável e pode indicar uma rede de apoio local nas comunidades onde essas mulheres vivem. Isso ressalta a importância do apoio social durante o parto e a influência das redes de apoio na escolha do local

Pergunta 4. Histórico obstétrico anterior: O facto de a maioria das mulheres ter um histórico obstétrico anterior de partos vaginais (81,82%) é relevante à luz das discussões sobre escolhas de parto. Isso pode ser interpretado à luz da preferência de algumas mulheres por partos normais ou como resultado de experiências positivas anteriores. Estudos anteriores, como o de Mascarello (2021), têm demonstrado que o histórico obstétrico influencia as escolhas de parto.

Mosaiko (2021) observou que em Angola, más experiências em partos anteriores levaram algumas mulheres a optar pelo parto em casa. Isso ressalta a importância de entender o contexto local e as experiências pessoais das mulheres ao considerar suas escolhas de parto. O reconhecimento da preferência pelo parto domiciliar entre as mulheres multíparas tem implicações para o sistema de saúde, destacando a necessidade de oferecer opções seguras e respeitadas para atender a essa demanda.

Pergunta 5 – Motivos para a escolha do parto domiciliar. Os resultados da pesquisa com mulheres multíparas assistidas no Hospital Municipal de Cacucaco indicam que a escolha pelo parto domiciliar é influenciada por uma variedade de

fatores, incluindo a experiência de maltrato e mau atendimento no ambiente hospitalar, a busca por maior autonomia e o desejo de participar ativamente das decisões relacionadas ao parto.

Moura & Mendonça (2009) destacam a importância da humanização da assistência ao parto para atender às necessidades das gestantes, enquanto Medeiros (2017) sublinha a influência das experiências anteriores em partos hospitalares na escolha do parto domiciliar. Esses resultados enfatizam a necessidade de uma abordagem respeitosa e centrada na mulher na assistência ao parto, independentemente do local escolhido, a fim de proporcionar uma experiência satisfatória e segura.

Pergunta 6 – Frequência da solicitação do trabalho de parto domiciliar: Os resultados também mostraram uma variedade na frequência com que as mulheres multíparas solicitaram o trabalho de parto domiciliar, com 27,27% solicitando-o duas vezes, 27,27% solicitando-o três vezes e 27,27% sempre solicitando-o. Essa variação pode estar relacionada a várias circunstâncias individuais, como a evolução da gravidez, experiências anteriores de parto ou mudanças nas preferências das mulheres.

As descobertas são congruentes com estudos que exploraram as solicitações de parto domiciliar e destacaram a importância da individualização do cuidado (Frank & Pelloso, 2013). A possibilidade de as mulheres multíparas solicitarem o trabalho de parto domiciliar em diferentes momentos ressalta a necessidade de flexibilidade nos serviços de saúde para atender às necessidades em constante evolução das mulheres.

Pergunta 7. – Preferência pelo parto domiciliar e no hospital: A tabela 11 revela que a maioria das participantes preferiu o parto domiciliar (63,64%), enquanto uma parcela menor preferiu o parto no hospital (36,36%). Esse achado é relevante, pois indica uma diversidade de preferências entre as mulheres multíparas. A preferência pelo parto domiciliar pode estar relacionada a questões como autonomia, conforto e experiências anteriores. Por outro lado, a preferência pelo parto hospitalar pode estar associada a preocupações com segurança e acesso a cuidados médicos.

Pergunta 8 – Orientação para Alívio de Dor. A descoberta de que a maioria

das mulheres na pesquisa recebeu orientação para práticas de alívio da dor durante o trabalho de parto é crucial, pois reflete o reconhecimento da importância do apoio emocional durante o parto. Conforme Santos (2012) enfatiza, o apoio emocional desempenha um papel fundamental na redução do estresse e do desconforto percebido pela gestante, contribuindo para uma experiência de parto mais positiva.

Além disso, Frank e Pelloso (2013) destacam que o apoio emocional, juntamente com práticas de alívio da dor, pode ajudar a diminuir a ansiedade e a angústia das mulheres durante o trabalho de parto, tornando o processo mais suportável e gratificante. Portanto, a orientação para práticas de alívio da dor é uma abordagem importante na assistência ao parto que contribui para uma experiência mais satisfatória e menos traumática para as mulheres multíparas assistidas no Hospital Municipal de Cacuaco.

Conclusão

Nesta pesquisa, investigamos as consequências do parto domiciliar entre mulheres multíparas assistidas no Hospital Municipal de Cacuaco durante o IIº Trimestre de 2023. As hipóteses iniciais, que levantavam preocupações sobre hemorragia, depressão pós-parto e obstruções durante o trabalho de parto no domicílio, foram exploradas e contextualizadas com base nas respostas obtidas.

Durante a análise dos resultados, observou-se que a escolha pelo parto domiciliar estava frequentemente relacionada a experiências anteriores negativas no ambiente hospitalar. Muitas participantes mencionaram maltrato físico e moral, mau atendimento, falta de valorização das decisões maternas e, em última instância, a busca por um ambiente mais personalizado e autônomo.

Em relação à pergunta central, "Quais são as consequências do parto domiciliar das mulheres multíparas assistidas no Hospital Municipal de Cacuaco no II Trimestre de 2023?", os dados revelaram que 63,64% das participantes preferiram o parto domiciliar, enquanto 36,36% optaram pelo parto hospitalar. Isso indica uma divisão na escolha do local de parto, sendo que uma parcela significativa das mulheres optou pelo parto em casa.

Ao considerar as hipóteses, não foi observada uma correlação direta entre o parto domiciliar e a ocorrência de hemorragia, depressão pós-parto ou obstruções graves durante o trabalho de parto. No entanto, a preferência pelo parto domiciliar foi frequentemente associada a experiências anteriores negativas no ambiente hospitalar, como mau atendimento e falta de respeito às decisões maternas.

Os objectivos específicos da pesquisa, que incluíam identificar e descrever as principais consequências do parto domiciliar, foram alcançados. As principais razões para a escolha do parto domiciliar incluíram o maltrato físico e moral (20,59%) e o mau atendimento (20,59%). Esses resultados realçam a importância da qualidade da assistência ao parto e da relação entre as gestantes e os profissionais de saúde na tomada de decisão das mulheres.

Além disso, a preferência pelo parto domiciliar também refletiu um desejo de maior autonomia (5,88%) e participação ativa nas decisões relacionadas ao parto. Isso está alinhado com a busca crescente por uma assistência humanizada e respeitosa

no parto, que enfatiza o empoderamento das mulheres em relação ao seu próprio processo de parto.

Portanto, esta pesquisa contribui para uma compreensão mais profunda das motivações das mulheres múltiparas em relação ao local do parto e ressalta a importância de uma assistência humanizada e respeitosa em ambos os cenários. A qualidade do atendimento e o respeito às escolhas das gestantes são fundamentais para garantir uma assistência ao parto satisfatória e segura, independentemente do local escolhido. Estas conclusões podem servir como base para melhorar a assistência ao parto e promover experiências positivas para as mulheres múltiparas.

Sugestões

Com base nos resultados da pesquisa e nas tendências identificadas, há várias sugestões que podem contribuir para a melhoria da situação do problema identificado, ou seja, a preferência pelo parto domiciliar entre mulheres multíparas. Estas sugestões são voltadas para melhorar a assistência ao parto e a experiência das gestantes:

- **Melhoria da qualidade da assistência hospitalar:** É essencial investir na melhoria da qualidade da assistência ao parto nos hospitais. Isso inclui garantir que as gestantes recebam atendimento respeitoso e de alta qualidade, com comunicação eficaz e apoio emocional. Os hospitais podem implementar programas de treinamento para profissionais de saúde, focando na humanização da assistência ao parto, para criar um ambiente hospitalar acolhedor e respeitoso.
- **Promoção de parto centrado na mulher:** A promoção de um modelo de assistência ao parto centrado na mulher, que respeita suas decisões e preferências, é fundamental. Isso pode incluir o estabelecimento de planos de parto, onde as gestantes possam expressar suas preferências e desejos para o parto. Os profissionais de saúde devem estar dispostos a colaborar com as gestantes e respeitar suas escolhas, sempre que clinicamente seguro.
- **A conscientização sobre os riscos e benefícios dos diferentes locais de parto:** As gestantes devem receber informações completas e imparciais sobre as opções de parto, para que possam tomar decisões informadas. Isso pode ser alcançado por meio de programas educacionais pré-natais e campanhas de conscientização.
- **Pesquisas futuras:** O estudo também destaca a importância de pesquisas futuras para avaliar os resultados de partos domiciliares, incluindo as consequências reais e a segurança. Isso ajudaria a fornecer evidências científicas claras sobre os riscos e benefícios do parto domiciliar, o que pode orientar tanto as gestantes quanto os profissionais de saúde em suas decisões e práticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boh, I. Kretzmann, N. (2013). *Consequences Cambridge History of Later Me-dieval Philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press, 1982, p. 300-14.
- Carvalho, V. (2012). *Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal*. 2ª ed. Atlas. São Paulo.
- Castro, C. (2015). *Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo*, São Paulo.
- Cervo, I. (2002). *Metodologia científica*. 5.ed. São Paulo: Prentice Hall. Conceito (2023). <https://conceito.de/consequencia> .
- Conceito (2023). *Consequência parto domiciliar planejado nas adolescentes e jovens*. 5.ed. São Paulo.
- Coren (2009). *Parto natural e parto normal: quais as diferenças?* Revista Enfermagem.
- Dal, K. (2008). *Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem*. Texto & contexto enfermagem, v. 17, n. 4.
- Dicio (2023). *Consequência – Dicio, Dicionário online de português*. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/consequencia>.
- Frank, T. & Pelloso, S. (2013). *A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado*. Rev Gaúcha Enferm. 2013; 34(1): 22-29.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- Gil, C. (2008) *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- Gomes, L. (2010). *Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: .Acesso em 02 junho. 2021.
- Gonçalves, R; Aguiar, C. (2021). *Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed
- Hurt, K. & Jessica L. (2012). *Manual de Ginecologia e Obstetrícia do Johns Hopkins*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- Keedle. (2015). *Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico*. 3ª Ed. São Paulo.

- Kruehl. (2015). *A humanização e a assistência de enfermagem ao parto*. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1991.
- Lakatos, M. & Marconi, M. (2007). *Fundamentos de metodologia científica*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.
- Lessa, H. F. (2018). *A opção pelo parto domiciliar planejado: uma opção natural e desmedicalizada*. J. res.: fundam. care. Online, v. 10, n. 4, p. 1118-1122.
- Lewry. (2008). *Movimento de Retorno ao Parto Domiciliar*. 4ª ed. Brasília.scielo
- Marconi, A. & Lakatos, V. (2007). *Metodologia científica*. 5ª ed. São Paulo: Editora Atlas.
- Mascarello, K. (2021). *Analysis of early and late maternal complications associated with delivery using propensity score*. 11º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Medeiros, R. (2017). *Aspectos relacionados à preferência da gestante pela via de parto*. Revista Eletrônica Gestão & Saúde, v. 8, n. 1, p. 603-621, 2017.
- Montenegro, A. (2008). *Obstetrícia*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Mosaiko (2021). *Más experiências em partos anteriores levam angolanas a escolher parto em casa*. 3ª.ed. São Paulo. Atlas.
- Moura & Mendonça (2009). *A humanização e a assistência de enfermagem ao parto*. 2ª ed. Atlas. São Paulo.
- OMS (2015). *Organização mundial da saúde. declaração da oms sobre taxas de Cesáreas*, 2015
- Ricci & Susan S. (2008). *Trabalho de Parto e Processo de Nascimento. Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher*. 4ª ed . Rio de Janeiro.
- Santos, I. (2012). *Assistência de enfermagem ao parto humanizado*. Rev Enferm Unisa. V.13 n.1, p. 64-80, 2012.
- Silva (2019). *A opção pelo parto domiciliar planejado: uma opção natural e desmedicalizada*. 2ª ed. Atlas. São Paulo.

- Sodré, T. M. & Lacerda, R. A. (2007). *O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina -PR*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 41, n. 1, p. 82-89, 2007.
- Velho, M. & Oliveira, E. (2010). *Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente*. Rev. bras. enferm. v.63, n.4, p.652-659. 2010. Zveiter M, Progiatti JM, Vargens OMC. O trauma no parto e nascimento sob a lente da enfermagem obstétrica. Pulsional: rev psicanal 2005; 17 (182): 86- 92.
- Vendruscolo & Kruel (2015). *Múltipara: definição e riscos*. Disponível em: Wikipédia (2023). *Mulher – Wikipédia, a enciclopédia livre*. Disponível em:
- Zugaib, A. (2015). *O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes*. Esc Anna Nery (impr.), v. 16, n. 1, p. 34-40, 2012.