



INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**CONSEQUÊNCIAS DO PARTO DOMICILIAR PLANIFICADO EM
PUÉRPERAS ATENDIDAS NO HOSPITAL PROVINCIAL DO BONGO,
I SEMESTRE DO ANO 2024.**

Autora: Virgínia Manuel Gomes

Orientador: Pedro Maurício, Lic.

Icolo e Bengo, 2025

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**CONSEQUÊNCIAS DO PARTO DOMICILIAR PLANIFICADO EM
PUÉRPERAS ATENDIDAS NO HOSPITAL PROVINCIAL DO BENGU,
I SEMESTRE DO ANO 2024.**

Trabalho de Fim de Curso apresentado ao Instituto Superior de Angola (ISA), como requisito para obtenção do título de Licenciatura em Enfermagem, sob a orientação do Prof. Pedro Maurício, Lic.

Autora: Virgínia Manuel Gomes

Orientador: Pedro Maurício, Lic.

Icolo e Bengo, 2025

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**CONSEQUÊNCIAS DO PARTO DOMICILIAR PLANIFICADO EM
PUÉRPERAS ATENDIDAS NO HOSPITAL PROVINCIAL DO BONGO,
I SEMESTRE DO ANO 2024.**

FOLHA DE APROVAÇÃO

O JÚRI

Presidente _____

1º Vogal _____

2º Vogal _____

Secretário _____

Classificação: _____

Data ____/____/____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Gomes Manuel e Joana Pedro Manuel, ao meu filho Luis Angelo, pelo amor incondicional e apoio constante que me sustentou ao longo desta jornada desafiadora. O vosso incansável amor moldou o meu caminho, e esta conquista é, em grande parte, foi um reflexo da vossa influência e orientação, e é com imenso carinho que dedico este trabalho a vocês, como uma singela homenagem ao amor e apoio que sempre me concederam.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado força para chegar até aqui, me ajudando a superar cada obstáculo que surgia com muita sabedoria, e por nunca permitir passar pela minha cabeça a vontade de desistir.

A minha família, especialmente, aos meus pais e minha querida irmã Henriques Gomes, sem esquecer o meu querido esposo, pelos apoios e ensinamentos incansáveis, pois, vossos apoios e ensinamentos foram fundamentais durante todo este processo.

Ao meu orientador, professor Pedro Bernardo Maurício, pela sua honestidade e orientação excepcional. Suas críticas construtivas e valiosas sugestões foram muito importante, pois moldaram de forma significativa a trajetória deste trabalho.

Ao Instituto Superior de Angola (ISA), por ter disponibilizado recursos que possibilitaram a nossa formação no grau de licenciatura em enfermagem. Sem esquecer os professores do ISA que, durante 4 anos, dedicaram o seu tempo e energia em transmitir conhecimentos e experiências que contribuíram bastante para a nossa formação.

À equipe do hospital Provincial do Bengo, no I semestre de 2024, especialmente aos profissionais de saúde e puérperas, cuja colaboração foi essencial para a realização deste projeto.

Aos meus estimados colegas de classe, companheiros do trabalho, e todos amigos, especialmente a inesquecível querida Antónia Prsença, bem como a todos aqueles que de alguma forma contribuíram e forneceram incentivo ao longo desta jornada, agradeço sinceramente.

EPÍGRAFE

“A actividade de parto é uma situação que pode gerar vida e ao mesmo tempo vitimar. Portanto, medidas devem ser adoptadas para que o parto gere felicidade”.

Caparroz (2013).

RESUMO

O presente trabalho tem como tema, “consequências do parto domiciliar planejado em puérperas atendidas no Hospital Provincial do Bengo, no I semestre do ano 2024. O tipo de pesquisa foi descritiva, com modelo de abordagem qualitativa. Levantou-se a seguinte pergunta de partida: Quais são as consequências do parto domiciliar planejado em puérperas atendidas no hospital Provincial do Bengo, no I semestre de 2024? As hipóteses foram, as hemorragias pós-parto, problemas respiratórios para o bebê e infecções neonatais como consequências neste contexto. Traçou-se como objectivo geral, conhecer as consequências do parto domiciliar planejado em puérperas atendidas no Hospital Provincial do Bengo, no I semestre do ano 2024, e específicos, identificar e descrever as consequências do parto domiciliar planejado em puérperas atendidas no Hospital Provincial do Bengo, no I semestre do ano 2024, e caracterizar os perfis dos profissionais segundo faixa etária, nível de escolaridade, género e tempo de serviço. Usou-se uma amostra de 30 intervenientes, os quais 14 profissionais de saúde e 16 puérperas. Conclui-se que as consequências do parto domiciliar planejado são variadas e complexas que inclui, hemorragias pós-parto, problemas respiratórios no bebê, danos pélvicas, hipotensão arterial e infecções neonatais. Além disso, as consequências abrangem também anemias, retenção de placenta, trauma físico e mortalidade neonatal. Sugere-se que o governo crie políticas públicas para reduzir complicações em partos domiciliares, incluindo a capacitação de profissionais e o fortalecimento de normas técnicas e protocolos que garantam segurança fora do ambiente hospitalar.

Palavras-Chave: Consequências, Parto planejado domiciliar ; Puérperas.

ABSTRACT

The present study is titled “Consequences of Planned Home Births in Postpartum Women Attended at the Provincial Hospital of Bengo, in the First Semester of 2024.” The type of research was descriptive, with a qualitative-quantitative approach. The following guiding question was raised: What are the consequences of planned home births in postpartum women attended at the Provincial Hospital of Bengo, in the first semester of 2024? The hypotheses included postpartum hemorrhage, respiratory problems in the newborn, and neonatal infections as possible consequences in this context. The general objective was to understand the consequences of planned home births in postpartum women attended at the Provincial Hospital of Bengo, in the first semester of 2024. The specific objectives were to identify and describe the consequences of planned home births in these women and to characterize the profiles of the professionals according to age group, educational level, gender, and years of service. A sample of 30 participants was used, including 14 health professionals and 16 postpartum women. It was concluded that the consequences of planned home births are varied and complex, including postpartum hemorrhage, respiratory problems in the newborn, pelvic damage, arterial hypotension, and neonatal infections. Additionally, the consequences also encompass anemia, placental retention, physical trauma, and neonatal mortality. It is suggested that the government develop public policies to reduce complications in home births, including the training of professionals and the strengthening of technical standards and protocols to ensure safety outside the hospital environment.

Keywords: Consequences; Planned home birth; Postpartum women.

LISTA DE QUADROS

Quadro nº 1: Comparação entre parto domiciliar e hospitalar segundo os autores citados acima.....	21
Quadro nº 2: Observação feita nas puérperas do Hospital Provincial do Bengo	31

LISTA DE TABELAS

Tabela nº 1. População e amostra	29
Tabela nº 2. Distribuição dos profissionais segundo a idade	32
Tabela nº 3. Distribuição dos profissionais quanto ao nível de escolaridade	33
Tabela nº 4: Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço	34
Tabela nº 5: Distribuição da amostra quanto ao género	35
Tabela nº 6: Quais são as consequências do parto domiciliar planejado em púerperas	36
Tabela nº 7. A hemorragia pós-parto como uma das consequências do parto domiciliar planejado em púerperas.	37
Tabela nº 8. Problemas respiratórios ao bebé e infecções neonatais como consequência do parto domiciliar planejado em púerperas	39
Tabela nº 9: Aconselhável realizar parto domiciliar planejado em púerperas	38
Tabela nº 10: Medidas a serem adoptadas para a realização de partos domiciliares.	39
Tabela nº 11: Maior risco entre partos feitos no domicílio e no hospital.	40
Tabela nº 12: Ouviu falar do parto domiciliar planejado.....	41
Tabela Nº 13. Fezer parto em casa	42
Tabela nº 14: Preferência entre o parto domiciliar e hospitalar.....	43
Tabela nº 15: Números de partos.	44

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1. Distribuição dos profissionais segundo a idade	32
Gráfico nº 2. Distribuição dos profissionais quanto ao nível de escolaridade	33
Gráfico nº 3: Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço.....	34
Gráfico nº 4: Distribuição da amostra quanto ao género	35
Gráfico nº 5: Quais são as consequências do parto domiciliar planejado em púerperas	36
Gráfico nº 6. A hemorragia pós-parto como uma das consequências do parto domiciliar planificado em puérperas.	37
Gráfico nº 7. Problemas respiratórios ao bebé e infecções neonatais como consequência do parto domiciliar planificado em púerperas	39
Gráfico nº 8: Aconselhável realizar parto domiciliar planejado em puérperas	38
Gráfico nº 9: Medidas a serem adoptadas para a realização de partos domiciliare.	39
Gráfico nº 10: Maior risco entre partos feitos no domicílio e no hospital.....	40
Gráfico nº 11: Ouviu falar do parto domiciliar planejado	41
Gráfico nº 12. Fezer parto em casa	42
Gráfico nº 13: Preferência entre o parto domiciliar e hospitalar.....	43
Gráfico nº 14: Números de partos.	44

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

OMS: Organização Mundial de Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
1.1 Definições de termos e conceitos	5
1.2. História do parto domiciliar	6
1.3. Parto domiciliar planificado	7
1.4. Consequências do parto domiciliar planificado em puérperas	9
1.5. Riscos em caso de assistências inadequada no parto domiciliar	12
1.6. Desafios no puerpério imediato no domicílio	13
1.7. Perfil das mulheres que optam pelo parto domiciliar	14
1.8. Aspectos positivos do parto domiciliar planificado	15
1.9. Busca por autonomia, humanização e menor intervenção médica	16
1.10. Autonomia de uma mulher na escolha do local de parto	18
1.11. Condições necessárias para realização de um parto domiciliar seguro	19
1.12. Comparação entre parto domiciliar planificado e parto hospitalar em mulheres de baixo risco	20
1.13. Papel de enfermagem no acompanhamento do parto domiciliar e no puerpério	21
CAPÍTULO II - METODOLOGIA DE ESTUDO	24
2.1 Tipo de pesquisa	24
2.2 Modelos de abordagem	24
2.3 Níveis de estruturação de métodos	25
2.4 Técnicas de recolha de dados	26
2.5. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados	28
2.6. População e amostra	28
2.7. Dificuldades encontrada	29

CAPÍTULO III- DISCUSSÃO E RESULTADOS	30
3.1. Apresentação e interpretação dos resultados	30
3.2 Discussão dos resultados.....	46
CONCLUSÕES	53
SUGESTÕES	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
APÊNDICES	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como tema “Consequências do parto domiciliar planejado em puérperas atendidas no Hospital Provincial do Bengo no I semestre do ano 2024”.

O parto é um processo fisiológico e natural, mas que requer acompanhamento profissional adequado para garantir a segurança e o bem-estar da mãe e do recém-nascido. Nas últimas décadas, o debate em torno do local ideal para o parto tem se intensificado, com um número crescente de mulheres optando pelo parto domiciliar planejado como alternativa ao ambiente hospitalar. Essa escolha tem sido motivada por factores como o desejo de uma experiência mais humanizada, o conforto do lar e a autonomia da gestante sobre seu próprio corpo.

Essa prática envolve preparação prévia e acompanhamento por profissionais qualificados, garantindo maior segurança em comparação com o parto domiciliar não assistido. Apesar de seus benefícios, o parto domiciliar planejado também pode resultar em consequências negativas, tanto para a mãe quanto para o bebê. Entre as complicações estão hemorragias, infecções, lacerações e dificuldades na amamentação, anemias, mastite, hipotensão arterial, retenção de placenta, trauma físico e mortalidade neonatal, além de riscos neonatais como asfixia e infecção.

A qualidade da assistência durante o parto domiciliar é um factor determinante para os desfechos. A formação da equipe, o uso de protocolos de segurança e a existência de um plano de transferência para unidades hospitalares são essenciais para minimizar riscos.

Além das questões clínicas, as repercussões emocionais também merecem atenção. Muitas mulheres relatam satisfação com o parto domiciliar, mas outras podem sofrer frustrações ou traumas em caso de complicações, o que exige suporte psicológico adequado no puerpério.

A escolha pelo parto domiciliar planejado é influenciada por factores culturais, sociais e de acesso aos serviços de saúde. Portanto, é necessário investigar suas consequências para orientar políticas públicas e práticas de saúde mais seguras e eficazes. Nos dias actuais, no Hospital Provincial do Bengo, constata-se um maior índice de partos domiciliares, situação que tem gerado muitos transtornos no seio dos

profissionais da saúde, pois são vários eventos podem surgir antes ou após o parto e que, no entanto, requer intervenção imediata dos profissionais. Muitas puérperas perdem vidas durante esse processo por insuficiência de recursos próprios para o parto, gerando de igual modo eventos de morte materno-infantil. Com o presente trabalho nos comprometemos em estudar os elementos que estão na base desse fenómeno, de modo a contruibuirmos para um cuidado materno-infantil mais qualificado, humanizado e baseado em evidências, e propondo soluções que possam minimizar ou diminuir o problema em estudo.

Tendo em conta a situação constatada, levantou-se a seguinte pergunta de partida:

Quais são as consequências do parto domiciliar planificado em puérperas atendidas no Hospital Provincial do Bengo, no I semestre do ano 2024?

- **Hipóteses**

Cardoso (2020) , definiu as hipóteses sendo possíveis respostas ao problema da pesquisa, e que orientam a busca de outras informações. Além disso, elas podem também ser entendidas como as relações entre duas ou mais variáveis, e é preciso que pelo menos uma delas já tenha sido fruto de conhecimento científico.

H1: As consequências do parto domiciliar planificado em puérperas, são as hemorragias pós-parto.

H-2- As consequências do parto domiciliar planificado em puérperas, envolvem problemas respiratórios para o bebé e infecções neonatais.

- **Objectivos**

Os autores Lakatos e Marconi (2017), dizem que toda pesquisa deve ter um objectivo determinado para saber o que se vai procurar e o que se pretende alcançar. O objectivo torna explícito o problema, aumentando os conhecimentos sobre determinado assunto.

Objectivo geral

- ✓ Conhecer as consequências do parto domiciliar planificado em puérperas atendidas no Hospital Provincial do Bengo, no I semestre do ano 2024.

Objectivos específicos

- ✓ Caracterizar os perfis dos profissionais segundo faixa etária, nível de escolaridade, género e tempo de serviço;
- ✓ Identificar as consequências do parto domiciliar planificado em puérperas atendidas no Hospital Provincial do Bengo, no I semestre do ano 2024;
- ✓ Descrever as consequências do parto domiciliar planificado em puérperas atendidas no Hospital Provincial do Bengo, no I semestre do ano 2024;
- ✓ Propor sugestões que ajudem acautelar as consequências do parto domiciliar planificado em puérperas .

• Delimitação e limitação

a) Delimitação

O presente tema delimitou-se no Hospital Provincial do Bengo, no I semestre do ano 2024.

b) Limitação

O nosso trabalho limitou-se em conhecer as consequências do parto domiciliar planificado em puérperas, e teve seguintes intervenientes: profissionais de saúde e Puérperas.

• Justificativa

A escolha do tema foi de carácter autónomo da autora, por se tratar de um tema amplo e de extrema relevância, e a constatação de vários casos de puérperas em diferentes hospitais do país precisando de intervenções hospitalares, motivou-nos na realização do presente estudo, com intuito de conhecermos melhor as consequências deste acto em puérperas atendidas no Hospital Provincial do Bengo.

O parto domiciliar planificado pode ocasionar várias consequências em puérperas, envolvendo hemorragias, infecções, lacerações não tratadas corretamente e estresse psicológico, especialmente quando ocorrem intercorrências não previstas. Por tanto, o trabalho será de grande valia para sociedade académica, uma vez em si apresenta um conteúdo real sobre o tema, e de alguma forma vai contribuir aos leitores na aquisição dos conhecimentos e servindo assim, como uma abordagem de referência.

Através deste trabalho, divulgar-se-á um leque de informações que poderá contribuir para que a sociedade tenha conhecimentos sobre o tema, e fazé-la entender que o parto domiciliar mesmo em situações planejadas, pode gerar sérias consequências negativas tanto para a mãe quanto para o bebê.

- **Estrutura do Trabalho**

O trabalho está estruturado em seguinte forma:

- Introdução;
- Desenvolvimento: desenvolveu-se o trabalho em três capítulos, no capítulo I desenvolveu-se a fundamentação teórica, no capítulo II: Metodologia de pesquisa, e no capítulo III: Discussão e resultados;
- Conclusões;
- Sugestões;
- Referências Bibliográficas.

CAPÍTULO I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 Definições de termos e conceitos

Neste capítulo, apresentaremos as palavras-chaves extraídas a partir do tema, com o intuito de conceituarmos os termos, buscando teorias de autores que tenham realçado ideias inerentes ao tema em questão.

1.1.1. Consequências

Segundo Castro (2015, p. 98), “é algo produzido por uma causa ou frequente sequente a um conjunto de condições; efeito ou resultado”.

Para Martins et al. (2019), “é a conclusão que deriva de um raciocínio lógico; inferência, ilação ou dedução”.

De acordo Almeida (2015), é aquilo que acontece ou se apresenta na sequência de algo, um acontecimento, uma acção, uma situação ou condição, e que dele depende, sendo por ele causado.

De igual modo pode ser entendida efeito negativo nas condições de saúde física, social ou psicológico .

1.1.2. Parto planejado domiciliar

Segundo os autores Sodré e Bonadio (2012), o parto domiciliar planejado é o nascimento de um bebê que acontece na casa da família.

De acordo Caparroz (2013, p. 90), “o parto domiciliar planejado é entendido como a assistência prestada à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério imediato no ambiente familiar.

Na visão dos autores Komura e Souza (2017, p. 54), parto domiciliar planejado trata-se de um processo de expulsão do feto fora da instituição legítima para o acto, isto é, processo que ocorre em casa.

O parto domiciliar planejado é aquele realizado intencionalmente no ambiente domiciliar, com preparação prévia e assistência de profissionais qualificados, como parteiras, enfermeiras obstetras ou médicos, especialmente em gestantes de baixo risco.

1.1.3. Puérperas

Segundo Sanfelice e Shimo (2015, p. 37), “é o período após o parto até que o organismo da mulher volte às condições normais”.

De acordo o Silva e Alves (2018, p. 70), “é o período de pós-parto que começa logo após a expulsão da placenta e termina quando o corpo da mulher volta às condições normais

Na visão do Vedam et al. (2022), é o período após o parto até que o organismo da mulher volte às condições normais.

O termo puérpera também pode ser entendido como nome dado ao período após o parto em que o corpo da mulher trabalha para voltar ao estado que estava antes da gravidez.

1.2. História do parto domiciliar

Historicamente, o parto sempre ocorreu no domicílio, sendo assistido por parteiras tradicionais ou mulheres mais experientes da comunidade. Segundo Leal e Gama (2004), o parto domiciliar foi a principal forma de nascimento até o século XX, antes da institucionalização da assistência obstétrica. O ambiente familiar e o apoio comunitário marcavam essa prática, que era muitas vezes envolta em rituais culturais e saberes populares.

Com o avanço da medicina moderna e a introdução de tecnologias obstétricas, houve uma migração progressiva do parto para o ambiente hospitalar. De acordo com Odent (2002), esse deslocamento foi impulsionado pela crença de que o hospital oferecia maior segurança para mãe e bebê. No entanto, essa mudança também trouxe um aumento nas intervenções médicas, como cesarianas e episiotomias, muitas vezes sem necessidade clínica.

A partir das décadas de 1970 e 1980, com os movimentos feministas e de humanização do parto, houve um resgate do parto domiciliar como uma opção legítima e segura para gestantes de baixo risco. Jordan (1993) destaca que esse movimento buscava devolver à mulher o protagonismo sobre seu corpo e suas decisões no processo de nascimento, criticando a medicalização excessiva do parto hospitalar.

Até o final do século XIX, os partos ocorriam, em sua grande maioria, em domicílios e eram assistidos por obstetrizes/parteiras. Naquele momento, as maternidades não constituíam um lugar seguro para as mulheres darem à luz. Somente após a segunda guerra mundial o parto foi progressivamente institucionalizado, quando os médicos por meio da incorporação de novos conhecimentos e habilidades nos campos da cirurgia, da assepsia, da anestesia, da hemoterapia e da antibioticoterapia, conseguiram diminuir, significativamente, os riscos do parto hospitalar e a morbimortalidade materna e neonatal (Diniz, 2011).

Atualmente, diversos estudos, como os de Reitsma et al. (2020), apontam que o parto domiciliar planejado, quando assistido por profissionais qualificados e com acesso a um sistema de referência, pode ser tão seguro quanto o parto hospitalar para mulheres sem complicações. No entanto, autores como Declercq et al. (2013) alertam que os riscos aumentam significativamente quando faltam estrutura, preparo ou suporte emergencial

1.3. Parto domiciliar planejado

O parto domiciliar planejado é aquele realizado intencionalmente no ambiente domiciliar, com preparação prévia e assistência de profissionais qualificados, como parteiras, enfermeiras obstetras ou médicos, especialmente em gestantes de baixo risco. Segundo Reitsma et al. (2020), quando bem conduzido e com suporte adequado da rede de saúde, o parto domiciliar pode oferecer segurança comparável à do parto hospitalar, além de benefícios como maior conforto, privacidade e menor incidência de intervenções desnecessárias.

De acordo com Odent (2002), um dos maiores defensores do parto natural e domiciliar, o ambiente do lar favorece a liberação de ocitocina e reduz a ansiedade da mulher, contribuindo para um trabalho de parto mais eficaz e uma experiência emocionalmente positiva. Odent destaca ainda que o papel da assistência deve ser de suporte, respeitando os ritmos naturais da mulher e evitando intervenções invasivas.

Para Gama et al. (2008), as mulheres que optam pelo parto domiciliar frequentemente buscam protagonismo no processo de nascimento, o que reflete um movimento crescente pela humanização do parto. As autoras ressaltam, no entanto,

que essa prática exige estrutura adequada, como equipamentos básicos, plano de transferência em caso de urgência e alinhamento com os serviços hospitalares da região.

De acordo com Jordan (1993), em seus estudos antropológicos, argumenta que o parto domiciliar representa uma reafirmação cultural e pessoal da autonomia da mulher sobre seu corpo, sendo também uma forma de resistência à medicalização excessiva do parto. Para ela, o nascimento em casa, quando planejado com responsabilidade, pode fortalecer o vínculo familiar e reduzir traumas relacionados ao ambiente hospitalar.

Por outro lado, Declercq et al. (2013), alertam que, embora muitas mulheres relatem experiências satisfatórias com o parto domiciliar, os riscos aumentam significativamente quando não há uma equipe preparada ou quando faltam recursos para uma transferência segura. Entre as possíveis complicações destacam-se hemorragias, sofrimento fetal e dificuldades respiratórias no recém-nascido.

Nesse sentido, Leal e Gama (2004), reforçam que o sucesso do parto domiciliar depende de políticas públicas eficazes, formação continuada dos profissionais envolvidos e do acesso ágil aos serviços de saúde. A integração entre os diferentes níveis de atenção é essencial para garantir a segurança e o bem-estar das puérperas e dos recém-nascidos. Dessa forma, o parto domiciliar planejado pode ser uma escolha segura e válida para muitas mulheres, desde que realizado com acompanhamento profissional e dentro de critérios bem estabelecidos. A literatura aponta que o respeito à autonomia da mulher, a qualidade da assistência e a articulação com o sistema de saúde são os pilares para o sucesso dessa prática.

Segundo Koettker et al. (2012), há necessidade de preparo psicológico adequado para lidar com o processo intenso do parto, importância do planejamento para possíveis transferências hospitalares e desafios relacionados à falta de suporte institucional em alguns casos. O planejamento prévio e estabelecimento de protocolos de segurança são fundamentais para garantir bons resultados.

De acordo com Barros et al. (2018), destacam a necessidade de rede de apoio estruturada para o puerpério imediato, a importância do acompanhamento puerperal domiciliar por profissionais qualificados e a adaptação às demandas do recém-nascido

sem o suporte hospitalar tradicional. Este suporte contínuo é essencial para o sucesso da experiência domiciliar.

1.4. Consequências do parto domiciliar planejado em puérperas

O parto domiciliar planejado, embora possa ser seguro e satisfatório para mulheres de baixo risco, também pode trazer consequências que devem ser analisadas com cuidado. Segundo Declercq et al. (2013), embora muitas puérperas relatem experiências positivas, os riscos aumentam significativamente quando a assistência é inadequada, quando não há plano de emergência ou quando a equipe não está suficientemente preparada. Nessas situações, podem ocorrer complicações como hemorragias pós-parto, infecções, lacerações graves e dificuldades no aleitamento e, em casos extremos e mal assistidos, a falta de resposta imediata e recursos adequados pode levar à morte da mãe, do bebê ou de ambos.

De acordo com Reitsma et al. (2020), quando o parto domiciliar é realizado dentro de critérios clínicos bem definidos e com o apoio de profissionais qualificados, as consequências tendem a ser positivas. Entre os desfechos favoráveis estão a menor incidência de intervenções médicas desnecessárias, como cesarianas e episiotomias, além de maior satisfação materna com o processo do parto. No entanto, mesmo em contextos planejados, ainda há possibilidade de eventos inesperados, o que reforça a necessidade de acesso rápido à rede hospitalar.

Do ponto de vista emocional, Odent (2002) ressalta que o ambiente domiciliar pode proporcionar uma experiência mais tranquila, com menor nível de estresse e ansiedade para a mulher, o que favorece a produção hormonal natural e o vínculo com o recém-nascido. Em contrapartida, em casos de complicações, a ausência de estrutura hospitalar pode gerar medo, insegurança e sentimentos de frustração na puérpera.

Para Gama et al. (2008), apontam que, mesmo quando o parto ocorre sem intercorrências graves, algumas mulheres podem enfrentar dificuldades no pós-parto, como dor, cansaço excessivo ou desafios com a amamentação. A falta de acompanhamento pós-natal contínuo no domicílio pode agravar essas questões, principalmente quando a mulher não tem suporte familiar adequado ou acesso rápido a serviços de saúde.

De acordo com Jordan (1993), observa que, culturalmente, o parto domiciliar também pode ter consequências sociais importantes, como a reafirmação da autonomia da mulher sobre seu corpo e sua experiência reprodutiva. No entanto, essa escolha ainda é vista com preconceito em muitos contextos, podendo gerar julgamento social e isolamento, o que impacta o bem-estar emocional da puérpera.

Para Leal e Gama (2004), reforçam que a segurança e as consequências do parto domiciliar planejado estão diretamente relacionadas à estrutura do sistema de saúde local. Quando há integração entre o cuidado domiciliar e os serviços hospitalares, com protocolos claros e profissionais bem treinados, os riscos diminuem e os benefícios são potencializados. Dessa forma, as consequências do parto domiciliar planejado em puérperas são multifatoriais, podem ser positivas quando há planejamento, acompanhamento qualificado e infraestrutura adequada, mas também podem ser negativas em contextos de desorganização ou fragilidade na assistência. Avaliar essas variáveis é essencial para garantir a saúde e o bem-estar da mãe e do recém-nascido.

De acordo com Feyer et al. (2013), o parto domiciliar planejado apresenta várias consequências para as puérperas, tanto positivas quanto aspectos que demandam atenção especial. Para Sanfelice e Shimo (2015), observa-se redução da percepção de dor graças ao ambiente familiar e acolhedor, maior facilidade para o início da amamentação e recuperação física mais rápida por haver menor intervenção obstétrica. O ambiente conhecido e personalizado permite que a mulher se sinta mais segura e confiante durante todo o processo.

De acordo com Kornelsen e Hutton (2022), alertam que, apesar do baixo risco, puérperas que necessitam de transferência emergencial para hospitais podem enfrentar complicações agravadas pelo tempo entre a identificação do problema e o início do atendimento especializado. Em casos de hemorragia pós-parto severa, este intervalo pode ser crítico. Já o Wax et al. (2021), documentaram que, em casos de atonia uterina grave, o acesso limitado a medicamentos uterotônicos e hemoderivados no ambiente domiciliar pode resultar em perdas sanguíneas maiores, com consequente recuperação mais lenta e maior risco de anemia pós-parto.

De acordo com Richards e Peterson (2023), identificaram que puérperas que vivenciaram complicações inesperadas durante partos domiciliares podem

desenvolver sentimentos de culpa, frustração e até trauma psicológico, especialmente quando ocorre transferência hospitalar emergencial. A equipe de saúde nem sempre está preparada para oferecer suporte psicológico adequado nestas situações.

Segundo Scarf et al. (2022), observaram que quando o parto domiciliar não ocorre conforme planejado, algumas mulheres experimentam sentimentos de fracasso pessoal, o que pode afetar negativamente o período puerperal e o estabelecimento do vínculo mãe-bebê.

De acordo com Martinez-Galiano et al. (2023), a descontinuidade da assistência profissional no puerpério após parto domiciliar pode deixar algumas mulheres sem o suporte adequado para identificar e manejar complicações puerperais como mastite, infecções ou problemas na amamentação.

Para Vedam et al. (2022), destacam a sobrecarga que algumas puérperas enfrentam quando não dispõem de rede de apoio estruturada para auxiliar nos cuidados com o recém-nascido e nas atividades domésticas durante o puerpério, situação menos comum no ambiente hospitalar onde há equipe disponível.

Na visão do Thompson e Wojcieszek (2023), alertam que puérperas após parto domiciliar podem enfrentar estigmatização e julgamento por parte de profissionais de saúde durante consultas de seguimento, especialmente em contextos onde esta prática não é bem aceita ou integrada ao sistema de saúde. Os autores, ainda apontam dificuldades burocráticas que algumas puérperas enfrentam, como problemas no registro civil do recém-nascido e acesso a serviços pediátricos de rotina, dependendo da organização do sistema de saúde local.

É fundamental ressaltar que, como destacam Cheyney e Davis-Floyd (2023), muitas das consequências negativas identificadas estão mais relacionadas a:

- ✓ Falhas na integração do parto domiciliar aos sistemas de saúde
- ✓ Formação inadequada dos profissionais para este modelo de assistência
- ✓ Seleção inapropriada de candidatas ao parto domiciliar
- ✓ Ausência de protocolos claros para transferência quando necessário

De acordo com Hutton e Reitsma (2024), enfatizam que a maior parte das consequências negativas é potencialmente evitável com planejamento adequado, critérios rigorosos de seleção e sistemas integrados que permitam transição suave

entre os ambientes domiciliar e hospitalar quando necessário. A compreensão destes aspectos potencialmente negativos é essencial para o aprimoramento contínuo da assistência ao parto domiciliar, visando maximizar a segurança e o bem-estar das puérperas que optam por esta modalidade de parto.

Além da consequência negativas, o parto domiciliar pode apresentar algumas consequências positiva. Segundo Colacioppo et al. (2010), evidenciaram menores taxas de intervenções obstétricas desnecessárias, redução de traumas perineais graves e menor incidência de infecções puerperais. Estas vantagens estão diretamente relacionadas à possibilidade de um parto mais fisiológico e menos intervencionista.

Conforme Souza et al. (2014), o parto domiciliar permite maior controle da mulher sobre seu corpo e processo de parturição, transição mais suave para a maternidade no próprio ambiente familiar e melhor estabelecimento do vínculo mãe-bebê nas primeiras horas. O respeito à autonomia da mulher e às suas escolhas durante o trabalho de parto contribui para uma experiência mais positiva e empoderada.

Já o Medeiros et al. (2016), apontam para a necessidade de maior autogestão da dor sem recursos farmacológicos, possível sentimento de insegurança em caso de complicações inesperadas e responsabilidade compartilhada com a equipe de saúde nas tomadas de decisão. Estes aspectos exigem preparo e conscientização tanto da gestante quanto dos profissionais envolvidos.

1.5. Riscos em casos de assistências inadequada no parto domiciliar

O parto domiciliar planejado pode representar uma escolha segura para gestantes de baixo risco, desde que haja acompanhamento por profissionais qualificados, critérios clínicos bem estabelecidos e um plano claro de transferência para o hospital em caso de intercorrência. No entanto, a ausência de estrutura e preparo técnico pode trazer graves consequências para a puérpera e o recém-nascido. De acordo com Declercq et al. (2013), partos domiciliares realizados sem a presença de uma equipe capacitada e sem ligação com um sistema hospitalar aumentam os riscos de complicações, como hemorragias pós-parto, sofrimento fetal, infecções e até mortalidade neonatal ou materna. Os autores apontam que, embora o

parto domiciliar possa ser seguro, isso depende fundamentalmente da organização do sistema de saúde e da capacidade de resposta a emergências.

De acordo com Reitsma et al. (2020), destacam a desorganização ou a informalidade da assistência pode atrasar a tomada de decisões emergenciais, como a transferência para um hospital em casos de trabalho de parto anormal, prolapso de cordão umbilical, ou falência da progressão do parto. Esses quadros exigem intervenções imediatas, que só podem ser realizadas de forma segura em ambiente hospitalar. A ausência de um plano de transferência eficaz é destacada pela OMS (2015), como um dos principais factores de risco no parto domiciliar mal assistido. Em situações emergenciais, o tempo entre o início da complicação e o atendimento hospitalar pode ser decisivo para a sobrevivência materno-infantil.

Segundo Odent (2002), distócias como má apresentação fetal, trabalho de parto prolongado ou desproporção céfalo-pélvica exigem intervenções obstétricas imediatas, muitas vezes cesariana. Em domicílios sem possibilidade de transferência rápida, isso eleva consideravelmente o risco para mãe e bebê.

1.6. Desafios no puerpério imediato no domicílio

Apesar de o parto domiciliar planejado oferecer benefícios durante o trabalho de parto e o nascimento, ele também pode apresentar desafios importantes no período pós-parto imediato, especialmente quando não há continuidade do cuidado por profissionais de saúde após o nascimento. Segundo Gama et al. (2008), muitas puérperas que optam por esse tipo de parto enfrentam dificuldades como dor perineal intensa, fadiga extrema, insegurança para os cuidados com o recém-nascido e problemas com a amamentação. Essas situações são comuns no puerpério e exigem acompanhamento próximo, o que pode ser mais limitado no ambiente domiciliar, principalmente se não houver visitas regulares de enfermeiras obstétricas ou parteiras nos dias seguintes ao parto.

De acordo com OMS (2015), destaca a a falda ou ausência de suporte profissional imediato pode atrasar a identificação de complicações como hemorragia pós-parto tardia, infecções uterinas ou mastite, colocando em risco a saúde da mulher. A organização enfatiza que o planejamento do parto domiciliar deve incluir um cronograma de cuidados pós-natais e acesso fácil à rede de saúde para reduzir esses

riscos. Portanto, mesmo em partos bem-sucedidos, o puerpério imediato no domicílio exige estrutura, visitas domiciliares regulares, suporte emocional e informação qualificada, de forma a garantir a saúde e o bem-estar da puérpera e do recém-nascido.

De acordo com Leal e Gama (2004), infecções no pós-parto, como endometrite e infecções no local de laceração perineal, podem passar despercebidas no domicílio caso a mulher não tenha acompanhamento adequado nas primeiras 24 a 48 horas após o parto.

Para Reitsma et al. (2020), destacam que, no domicílio, muitas puérperas enfrentam desafios com a pega correta do bebê, dor nos mamilos ou ingurgitamento mamário, especialmente quando não têm acesso imediato a profissionais de apoio à amamentação, o que pode comprometer o aleitamento exclusivo.

1.7. Perfil das mulheres que optam pelo parto domiciliar

O perfil das mulheres que optam pelo parto domiciliar planejado tem sido estudado sob diferentes perspectivas, culturais, sociais, econômicas e de valores pessoais. A escolha por esse tipo de parto não é aleatória, mas geralmente está associada a mulheres que buscam maior protagonismo no processo de nascimento, com conhecimento prévio sobre o parto e forte desejo de vivência mais humanizada (Martins & Matos, 2019)

Segundo Gama et al. (2008), essas mulheres costumam apresentar nível educacional mais elevado, maior acesso à informação e participação ativa nas decisões relacionadas à gestação e ao parto. Elas geralmente têm histórico de experiências negativas anteriores no ambiente hospitalar ou preferência por um cenário mais íntimo e respeitoso, que valorize o vínculo familiar e a autonomia da mulher.

De acordo com Jordan (1993), em seu estudo antropológico clássico sobre o parto em diferentes culturas, descreve que muitas mulheres que optam pelo parto domiciliar valorizam práticas tradicionais e percebem o nascimento como um evento natural e familiar, que não deve, necessariamente, ser medicalizado. Ela argumenta que essa escolha é, muitas vezes, uma forma de reafirmação cultural e pessoal da autonomia feminina.

Além disso, Odent (2002), ressalta que muitas mulheres escolhem o parto em casa para evitar intervenções desnecessárias e preservar a intimidade do momento do nascimento. Para ele, essas mulheres costumam estar mais conscientes do papel do ambiente e da emoção no processo fisiológico do parto, e buscam condições favoráveis à liberação natural de hormônios, como a ocitocina.

A literatura também aponta que muitas dessas mulheres são multíparas, ou seja, já passaram por um ou mais partos, inclusive domiciliares anteriores, e estão seguras quanto à sua capacidade de parir. Estudos como o de Reitsma et al. (2020) indicam que elas frequentemente têm planejamento pré-natal estruturado, apoio familiar e acompanhamento contínuo por parteiras ou enfermeiras obstétricas.

Para o Leal e Gama (2004), destacam que esse perfil está também relacionado a críticas à institucionalização do parto, ao excesso de intervenções médicas e à ausência de acolhimento emocional nos serviços hospitalares. Essas mulheres desejam um cuidado mais personalizado, respeitoso e conectado com suas escolhas.

1.8. Aspectos positivos do parto domiciliar planejado

Os autores como Reitsma et al. (2020) e Leal e Gama (2004), destacaram que o parto domiciliar planejado tem sido cada vez mais reconhecido por seus aspectos positivos, especialmente quando realizado com critérios clínicos bem definidos, em gestantes de baixo risco e com acompanhamento profissional qualificado. Estudos científicos e relatos de puérperas demonstram que essa modalidade de parto pode proporcionar benefícios físicos, emocionais e sociais para a mulher e sua família, entre eles destacam:

. a) Maior satisfação com a experiência de parto

Segundo Odent (2002), o parto em casa favorece uma atmosfera tranquila, íntima e respeitosa, contribuindo para que a mulher vivencie o nascimento como um processo natural, reduzindo o medo e o estresse. Essa vivência está associada a maior satisfação subjetiva com o parto e menor trauma emocional.

b) Menor intervenção médica

De acordo com Reitsma et al. (2020), apontam em uma revisão sistemática, que partos domiciliares planejados apresentam menor taxa de intervenções

obstétricas como cesarianas, episiotomias, uso de fórceps e analgesia farmacológica. A menor medicalização permite que o parto siga seu curso fisiológico com menos interrupções.

c) Respeito ao tempo da mulher e ao processo fisiológico

Conforme o González (2005), defende que o parto domiciliar respeita o tempo da mulher e sua fisiologia, ao contrário do ambiente hospitalar, que muitas vezes impõe prazos e protocolos que aceleram artificialmente o trabalho de parto. Essa liberdade permite à mulher se mover, escolher posições e se expressar livremente.

d) Protagonismo e autonomia da mulher

De acordo com Leal e Gama (2004), o parto domiciliar planejado permite à mulher ser protagonista do seu parto, exercendo controle sobre o ambiente, sobre quem a acompanha e sobre as decisões que envolvem seu corpo e seu bebê. Esse empoderamento tem reflexos positivos no puerpério e no vínculo materno-infantil.

e) Fortalecimento dos vínculos familiares

Segundo Jordan (1993), enfatiza que o ambiente domiciliar favorece a presença do parceiro, familiares e outras pessoas escolhidas pela mulher, o que contribui para o fortalecimento dos laços afetivos durante o nascimento. O parto em casa também permite contato pele a pele imediato, amamentação precoce e um início de vida mais calmo para o recém-nascido.

f) Menor risco de infecções hospitalares

Estar no domicílio também reduz a exposição a agentes patogênicos comuns no ambiente hospitalar, especialmente em tempos de surtos ou epidemias. Hutton et al. (2016) destacam que partos domiciliares bem assistidos apresentam taxas de infecção neonatal e materna semelhantes ou menores do que os partos hospitalares, em mulheres de baixo risco.

1.9. Busca por autonomia, humanização e menor intervenção médica

De acordo com Martin e Matos (2019), a escolha pelo parto domiciliar planejado frequentemente está relacionada ao desejo de autonomia da mulher sobre seu corpo e suas decisões, assim como à busca por uma experiência de nascimento mais humanizada e menos medicalizada. Esse movimento tem ganhado força a partir

das críticas ao modelo tecnocrático e intervencionista vigente em muitos serviços hospitalares.

Segundo Leal e Gama (2004), muitas mulheres relatam sentir-se desrespeitadas ou despersonalizadas durante o atendimento hospitalar, o que as leva a buscar alternativas que priorizem o acolhimento, o vínculo com os profissionais e o respeito ao seu tempo fisiológico. O parto domiciliar surge, nesse contexto, como um espaço onde a mulher exerce maior protagonismo e participa ativamente das decisões, sentindo-se mais segura emocionalmente.

Para Jordan (1993), em seus estudos antropológicos, enfatiza que o parto em casa permite à mulher retomar o controle sobre o próprio processo de nascimento, sendo tratada não como paciente, mas como protagonista. Essa abordagem valoriza saberes tradicionais e o respeito à fisiologia natural do parto, o que contribui para uma vivência mais positiva e empoderadora.

Ainda assim, Odent (2002), acrescenta que o ambiente domiciliar, ao preservar a intimidade e o conforto, favorece a liberação de hormônios importantes como a ocitocina, essencial para a progressão do trabalho de parto. Ele defende que a tranquilidade e o senso de controle que a mulher tem em casa podem reduzir a necessidade de intervenções e melhorar os desfechos obstétricos. O planejamento prévio e estabelecimento de protocolos de segurança são fundamentais para garantir bons resultados

Além disso, estudos como os de Reitsma et al. (2020) e Hutton et al. (2016), demonstram que partos domiciliares planejados, com acompanhamento profissional adequado, apresentam taxas significativamente menores de intervenções médicas como cesarianas, episiotomias e uso de fórceps quando comparados aos partos hospitalares em mulheres de baixo risco. Portanto, para sua adoção é importante que se tenham as condições necessárias para garantir que tudo ocorra na normalidade.

Essa busca por menor intervenção também se associa a uma visão crítica à medicalização excessiva do parto. González (2005), argumenta que, ao retomar o parto como um evento fisiológico, íntimo e familiar, a mulher rompe com a lógica de

controle e patologização do nascimento, assumindo uma postura activa e consciente em todo o processo.

1.10. Autonomia de uma mulher na escolha do local de parto

A autonomia da mulher no contexto do parto é um princípio fundamental defendido por diversas diretrizes de saúde e estudiosos da humanização do nascimento. De acordo com Diniz (2005; 2011), a mulher deve ser protagonista do processo de parto, sendo respeitada em suas escolhas, inclusive quanto ao local onde deseja parir. A autora enfatiza que a autonomia é parte essencial dos direitos sexuais e reprodutivos, e que negar esse direito significa reforçar práticas autoritárias e medicalizadas que historicamente afastaram as mulheres do controle sobre seus próprios corpos durante o parto. Diniz argumenta que a humanização do parto se baseia em um modelo de cuidado centrado na mulher, no qual suas decisões devem ser escutadas e respeitadas.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde do Brasil (2013), reforça nas diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, que a mulher tem direito de decidir sobre o local de nascimento, seja hospital, casa de parto ou domicílio, desde que esteja informada sobre os riscos e benefícios de cada opção. O documento reconhece que garantir essa autonomia faz parte da assistência humanizada e baseada em evidências, que visa ao bem-estar da mulher, do bebê e da família como um todo. A diretriz também pontua que os profissionais de saúde têm o papel de fornecer informações claras, acolher as decisões da gestante e garantir que ela se sinta segura e respeitada durante todo o processo.

De acordo com Rattner (2009), complementa essa visão ao afirmar que a autonomia da mulher está diretamente ligada ao acesso à informação e ao acolhimento por parte da equipe de saúde. Segundo o autor, quando a mulher tem acesso a dados confiáveis, é tratada com respeito e encontra suporte para tomar decisões, ela se sente empoderada e mais preparada para vivenciar o parto de forma positiva. Ele destaca que respeitar a escolha do local de parto é, portanto, uma forma de reconhecer a mulher como sujeito de direitos e valorizar sua experiência de maternidade.

Já Leal et al. (2012), discutem o fenômeno do aumento da busca por partos fora do ambiente hospitalar como uma forma de retomar o protagonismo feminino. Para os autores, a insatisfação com práticas hospitalares intervencionistas, como cesarianas desnecessárias e partos conduzidos de forma desumanizada, leva muitas mulheres a optarem por partos domiciliares ou em casas de parto. Essa decisão, segundo os pesquisadores, está frequentemente ligada a uma tentativa de se reconectar com uma experiência mais natural, respeitosa e controlada pela própria mulher. Nesse contexto, a escolha do local de parto torna-se um símbolo de empoderamento e resistência às imposições do modelo biomédico tradicional.

Por fim, a Organização Mundial da Saúde (2018), reforça que a autonomia da mulher deve ser respeitada em todas as etapas da gestação, parto e puerpério. A OMS destaca que as mulheres têm o direito de escolher onde e como desejam dar à luz, desde que recebam informações claras e apoio adequado para tomar decisões informadas. A entidade ainda ressalta que a violação dessa autonomia, como a imposição de procedimentos ou a desconsideração da escolha do local de parto, configura violência obstétrica, uma forma de desrespeito aos direitos humanos

1.11. Condições necessárias para realização de um parto domiciliar seguro

O González (2005), destacou que parto domiciliar planejado pode ser uma alternativa segura e positiva para mulheres com gestação de baixo risco, desde que sejam cumpridos critérios clínicos rigorosos e que haja infraestrutura adequada e equipe capacitada para atender a possíveis emergências. A segurança desse tipo de parto depende diretamente do planejamento, seleção adequada das gestantes e da integração com o sistema de saúde.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), para que o parto domiciliar seja considerado seguro, a mulher deve apresentar gestação de baixo risco, sem comorbidades maternas como hipertensão ou diabetes, com um feto único em apresentação cefálica, e com início espontâneo do trabalho de parto entre 37 e 42 semanas. Segundo Reitsma et al. (2020), reforçam que partos domiciliares seguros são aqueles assistidos por profissionais treinados, como enfermeiras obstétricas ou parteiras profissionais habilitadas, com experiência em identificar sinais de risco e

tomar decisões rápidas em caso de necessidade de transferência. A equipe deve estar equipada com materiais de primeiros socorros, oxigênio, medicamentos essenciais e equipamento de reanimação neonatal.

Segundo Declercq et al. (2013), um dos principais pilares da segurança no parto domiciliar é a existência de um plano de emergência bem definido, com transporte imediato e acesso garantido a uma unidade hospitalar próxima em caso de intercorrências. A falta de integração com o sistema de referência pode aumentar significativamente o risco de complicações maternas e neonatais.

Para Nascimento et al. (2010), ressaltam que o sucesso do parto domiciliar começa no pré-natal, onde devem ser realizados todos os exames preconizados, bem como a triagem de fatores de risco. A equipe responsável deve acompanhar de perto a evolução da gestação e revisar, constantemente, os critérios de segurança. Já o Leal e Gama (2004) enfatizam que a decisão pelo parto domiciliar deve ser informada e consciente, com plena compreensão dos riscos, benefícios e limitações dessa escolha. A mulher deve participar ativamente da elaboração do plano de parto e contar com apoio familiar.

1.12. Comparação entre parto domiciliar planejado e parto hospitalar em mulheres de baixo risco

Segundo uma revisão sistemática conduzida por Hutton et al. (2016), para mulheres de baixo risco, os partos domiciliares planejados, assistidos por profissionais qualificados e integrados ao sistema de saúde, apresentaram resultados semelhantes ao parto hospitalar em termos de mortalidade materna e neonatal. Em alguns contextos, o parto domiciliar mostrou menor taxa de intervenções médicas sem aumento de riscos.

De acordo com Reitsma et al. (2020), mulheres que optam pelo parto domiciliar planejado têm menores taxas de cesarianas, episiotomias, uso de ocitocina e anestesia do que aquelas que dão à luz em ambiente hospitalar. Isso é atribuído ao respeito ao tempo fisiológico do parto e ao ambiente mais tranquilo e familiar. De acordo com González (2005), destaca que o parto domiciliar promove maior protagonismo da mulher, que tem mais controle sobre o ambiente, as decisões e o processo de parto, o que aumenta a sensação de autonomia e empoderamento. Em

contrapartida, partos hospitalares muitas vezes seguem protocolos rígidos e limitam a liberdade da gestante.

Para Odent (2002), aponta que mulheres que têm partos domiciliares bem-sucedidos tendem a apresentar recuperação mais rápida, além de iniciarem o vínculo afetivo e a amamentação precocemente, devido à ausência de separações comuns no ambiente hospitalar. Já o Declercq et al. (2013) alertam que os benefícios do parto domiciliar só se confirmam quando há critérios clínicos rigorosos, equipe capacitada e acesso rápido a serviços de emergência. Em situações de risco não identificado ou em casos de demora na transferência, o parto domiciliar pode se tornar perigoso.

Quadro nº 1: Comparação entre parto domiciliar e hospitalar segundo os autores citados acima:

Aspecto	Parto domiciliar planejado	Parto hospitalar
Intervenções médicas	Menor incidência (cesárea, episiotomia, ocitocina)	Maior frequência de intervenções
Satisfação da mulher	Maior protagonismo e autonomia	Menor controle sobre decisões
Recuperação pós-parto	Mais rápida, com vínculo precoce	Possível separação mãe-bebê
Segurança em baixo risco	Semelhante ao hospital, quando bem estruturado	Alta, com recursos imediatos disponíveis
Risco em casos de emergência	Depende da rapidez na transferência	Intervenção imediata disponível

Fonte: Elaboração própria, 2024.

1.13. Papel de enfermagem no acompanhamento do parto domiciliar e no puerpério

De acordo com Martins e Matos (2019), o papel de enfermagem no contexto do parto domiciliar e do puerpério tem sido cada vez mais valorizado, especialmente com o avanço das políticas de humanização da assistência ao parto. Enfermeiros obstetras têm actuado como protagonistas na promoção do parto seguro, respeitoso e centrado na mulher, desempenhando funções que vão desde o pré-natal até o pós-

parto imediato, com foco no bem-estar materno-infantil, na autonomia da gestante e na prevenção de riscos.

Segundo Leal e Gama (2004), os profissionais de enfermagem, especialmente os enfermeiros obstetras, são fundamentais para garantir uma assistência contínua, humanizada e centrada na mulher, respeitando seu tempo, suas escolhas e promovendo um ambiente de segurança emocional e física durante o parto domiciliar. Eles atuam como facilitadores do processo natural do parto, minimizando intervenções desnecessárias.

Para Diniz et al. (2011), destacam que os profissionais de enfermagem têm papel importante na promoção da autonomia da mulher, incentivando o protagonismo feminino e respeitando seu plano de parto. Essa postura fortalece o vínculo de confiança entre gestante e equipe e contribui para uma experiência positiva.

No pós-parto, a atuação da enfermagem continua sendo essencial. Lopes et al. (2012), apontam que as visitas domiciliares realizadas por enfermeiros durante o puerpério são eficazes na identificação precoce de complicações maternas e neonatais, além de contribuírem para o apoio à amamentação, à saúde mental da puérpera e à orientação sobre os cuidados com o recém-nascido.

Na visão do Nascimento et al. (2010), ressaltam que os enfermeiros obstetras são responsáveis por avaliar criteriosamente a evolução do trabalho de parto e garantir que haja um plano de emergência claro e eficiente em caso de necessidade de transferência ao hospital. Essa capacidade técnica é crucial para a segurança da mãe e do bebê.

Além do cuidado técnico, a enfermagem também atua no apoio emocional e educativo, promovendo ações de educação em saúde no pré e pós-parto. Para Brasil (2012), esse acompanhamento é essencial para fortalecer o vínculo com a comunidade e melhorar os indicadores de saúde materno-infantil.

No contexto do parto domiciliar, segundo Medeiros et al. (2016), as enfermeiras obstétricas atuam como facilitadoras do processo fisiológico do nascimento, respeitando o protagonismo da mulher, suas decisões e o curso natural do trabalho de parto. Essa atuação fortalece a autonomia da parturiente e contribui para uma experiência de parto mais positiva e menos medicalizada. A presença da enfermagem

no parto domiciliar proporciona cuidado personalizado e contínuo, favorecendo um ambiente calmo e familiar. Os autores também destacam o respeito às escolhas da mulher, o estímulo à sua autonomia e o uso de práticas não-farmacológicas para o alívio da dor, como massagens, banhos mornos e mudanças de posição (Feyer et al. 2013)

Segundo Colacioppo et al. (2010), enfatizam que, no ambiente domiciliar, as enfermeiras obstétricas são responsáveis pela avaliação constante dos sinais vitais materno-fetais, pelo monitoramento do progresso do trabalho de parto e pela identificação precoce de possíveis intercorrências. Além disso, elas realizam intervenções apenas quando clinicamente necessárias, evitando procedimentos desnecessários e invasivos.

No puerpério domiciliar, a actuação da enfermagem continua sendo essencial. De acordo com Barros et al. (2018), o acompanhamento puerperal realizado no domicílio inclui a avaliação física da mãe e do recém-nascido, orientações sobre a amamentação, identificação precoce de complicações e apoio emocional à nova família. Essa assistência contribui para uma transição mais segura e acolhedora para a maternidade.

Segundo Proganti e Costa (2012), a enfermagem tem um papel essencial na educação em saúde durante o puerpério. As profissionais transmitem conhecimentos sobre cuidados com o recém-nascido, recuperação pós-parto, aleitamento materno e planejamento familiar, promovendo o empoderamento da mulher e prevenindo agravos à saúde materno-infantil.

Os benefícios do acompanhamento domiciliar também são destacados por Souza et al. (2014), que apontam para a redução de intervenções desnecessárias, menor risco de infecções hospitalares, fortalecimento do vínculo familiar e maior satisfação materna com a experiência do parto. Esses resultados evidenciam a importância de um cuidado centrado na mulher e adaptado ao seu contexto social e emocional. Pora Sanfelice e Shimo (2015), a actuação da enfermagem no parto domiciliar planejado está sempre vinculada a critérios rigorosos de segurança. Isso inclui a seleção adequada de gestantes de baixo risco, o estabelecimento de protocolos bem definidos para emergências e a integração com os serviços hospitalares para garantir uma eventual transferência oportuna, caso necessário.

CAPÍTULO II - METODOLOGIA DE ESTUDO

Neste capítulo, apresenta-se o tipo de pesquisa e modelo de abordagem utilizado, os diferentes métodos e técnicas que permitiram a recolha de dados.

Segundo Cardoso (2020), a metodologia de pesquisa é fundamental para validar as pesquisas e seus resultados. O autor afirma que, método é uma série de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para atingir um determinado conhecimento.

2.1 Tipo de pesquisa

A pesquisa do presente estudo é da tipologia descritiva, que segundo Cardoso (2020), esse tipo de pesquisa procura conhecer a realidade estudada, suas características e seus problemas. As pesquisas descritivas têm como finalidade principal, a descrição das características de determinada população ou fenómeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis.

Para Marconi e Lakatos (2017), afirmam que, o tipo de pesquisa descritiva é um tipo de estudo que permite ao pesquisador a obter uma melhor compreensão do comportamento de diversos factores e elementos que influenciam determinados fenómenos.

A escolha do tipo de pesquisa descritiva auxiliou-nos na recolha de dados bem como na descrição das condições existentes nos dados recolhidos, possibilitando a compreensão dos diversos factores e elementos que estiveram implícitos no fenómeno estudado.

2.2 Modelos de abordagem

O presente trabalho está centrado tecnicamente na abordagem mista (qualitativa e quantitativa).

A abordagem qualitativa é uma abordagem que não emprega dados estatísticos como centro do processo de análise de um problema, e abordagem quantitativa indica quantificar dados, opiniões nas formas de colecta de informações, enquanto que a abordagem qualitativa possibilita a recolha de informação mais profunda, rica e precisa e, faz a descrição dos fenómenos que ocorrem durante o processo docente educativo (Andrade, 2016).

Optamos pela abordagem mista (qualitativa-quantitativa), pois a abordagem qualitativa permitirá a recolha das informações proveniente dos nossos inqueridos, enquanto que a abordagem quantitativa permitirá-nos a interpretação das informações dos intervenientes na investigação em dados numéricos.

2.3 Níveis de estruturação de métodos

a) Nível teórico

- **Histórico/ Lógico**

Segundo Cardoso (2020), afirma que para resolver a essência de um objecto, é preciso produzir o processo histórico real do seu desenvolvimento, mas isso, só é possível se conhecermos a essência do objecto estudado. Segundo Lakatos e Marconi (2003), método histórico consiste em investigar acontecimentos, processos e instituições do passado para verificar sua influência na sociedade de hoje.

Este método ajudou-nos no entendimento sobre consequências do parto domiciliar planificado em púerperas, explicando como é que foram e as suas consequências, dando-nos visão de medidas que se devem adoptar para a erradicação do fenómeno em estudo.

- **Hipótetico**

Este método possibilitou a elaboração das possíveis respostas, para responder as incógnitas levantadas na pesquisa dentro do campo, para assim, podermos confirmar o que se investigou.

- **Indutivo**

É um método responsável pela generalização, isto é, partimos de algo particular para uma questão mais ampla, mais geral.

Para Duarte e Mesquita (2017), indução é um processo mental por intermédio do qual, partindo de dados particulares, suficientemente constatados, infere-se uma verdade geral ou universal, não contida nas partes examinadas. Portanto, o objetivo dos argumentos indutivos é levar a conclusões cujo conteúdo é muito mais amplo do que o das premissas nas quais se basearam.

Com este método, conseguimos buscar conclusões do problema a partir de premissas.

b) Nível empírico

Segundo Cardoso (2020), afirma que o método empírico, é um método de investigação que se baseia na coleta de dados concreto e observações da realidade. Para o autor, o objectivo deste método, é obter evidências empíricas para responder as questões da pesquisa e validar teorias por meio de análise dos dados coletados. Segundo Diogo (2019), o método empírico envolve a utilização de técnicas e instrumentos de coleta de dados, como questionários, entrevistas e observações direta.

Este método auxiliou-nos no alcance dos objectivos propostos nesta pesquisa através da utilização das diferentes técnicas, assim como na confirmação das hipóteses levantadas.

c) Nível estatístico

É essencialmente, possibilitar uma descrição quantitativa da sociedade, considerada como um todo organizado. Os métodos estatísticos para Marconi e Lakatos (2017), revelam as tendências e relações dos fenómenos. E podem ser descritivos e inferenciais. Segundo Prodanov e Freita (2013, p. 38), “o papel do método estatístico é, essencialmente possibilitar uma descrição quantitativa da sociedade, considerada como um todo organizado”.

Este método nos permitiu clarificar a investigação ao quantificar os dados coletados na investigação de campo.

2.4 Técnicas de recolha de dados

As técnicas, refere-se ao modo de atuação para chegar a um determinado resultado, sendo que o método pode, inclusive, incorporar várias técnicas para alcançar os fins da investigação (Pardal & Lopes 2011).

Para recolha de dados, utilizou-se as seguintes técnicas: Observação, inquérito, pesquisa bibliográfica e documental.

- **Observação**

Na visão do Cardoso (2020), é necessário observar basicamente por meio dos sentidos para tirar um conhecimento claro e preciso de um objecto de pesquisa. Tal objecto pode ser um ambiente onde pessoas se relacionam.

Para Diogo (2019), a observação permite que o estudo do fenómeno por investigar sirva como objectivo formulado, planeado, registado e relacionado a partir do simples para o geral, ao invés de ser visto o fenómeno como um facto curioso.

Utilizou-se a observação diteta que, para Lakatos e Marconi (2010), A observação direta é aquela em que o pesquisador entra em contato direto com o fenômeno, tal como ele se apresenta, sem intermediários, fazendo o registro fiel dos fatos.

- **Inquérito**

Segundo Zassala (2021), o inquérito é uma técnica usada para recolha de dados que o investigador pode optar através da realização de entrevistas ou da aplicação de questionário.

Já na visão do Cipriano (2020), é uma técnica de aquisição de informação de interesse social, mediante um questionário previamente elaborado através do qual se pode conhecer a opinião ou a avaliação do sujeito seleccionado numa amostra sob um assunto dado .

- **Pesquisa bibliográfica**

Segundo Saraiva (2021), afirma que a pesquisa bibliográfica trata-se do levantamento e seleção de documentação de toda bibliografia já publicada sobre o assunto que está sendo pesquisado, em livros, revistas, jornais, monografias, teses, dissertações e outros materiais, com objectivo de colocar o pesquisador em contacto directo com todo material já escrito sobre o assunto em abordagem.

- **Pesquisa documental**

Conforme o Diogo (2019), a pesquisa documental é uma técnica de recolha de dados onde o pesquisador busca as informações em documentos como relatórios, reportagens de jornais, revistas, cartas, filmes, gravações, fotografias, entre outras matérias de divulgação que não receberam nenhum tratamento científico,.

A pesquisa bibliográfica e documental ajudaram-nos na aquisição das informações nos materiais já existentes que abordam sobre consequências do parto domiciliar em puéperas. Portanto, fez-se recurso a todas as técnicas citadas acima, com finalidade de adquirirmos informações sólidas relativamente a nossa pesquisa.

2.5. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

- **Instrumentos de recolha de dados**

Conforme o Cardoso (2020), afirma que instrumentos de recolha de dados sendo ferramentas que fazem parte do processo de coleta, levantamento, tratamento das informações e divulgação dos resultados.

Para a consecução dos objectivos previstos, fez-se recurso aos seguintes instrumentos: Grelha de observação, questionário e materiais ou documentos.

- Usou-se a grelha de observação aos intervenientes da pesquisa que nos ajudou na aquisição de informações sobre a nossa abordagem.

- Usou-se o questionário constituído por um conjunto de questões que nos ajudou na aquisição de informações sobre a nossa abordagem e na determinação dos perfis sociodemográficos dos intervenientes da pesquisa.

- Fez-se também uma análise documental com intuito de entrarmos em contacto directo com os materiais já existentes que debruçam consequências do parto domiciliar em puérperas. Entretanto, a análise de materiais ou documentos ajudou-nos na aquisição das informações relacionadas a nossa abordagem.

- **Procedimentos de recolha de dados**

Procedeu-se de seguintes formas: Escolha e aprovação do tema, contacto com o tutor, recolha de bibliografias, contacto com a direcção do hospital, aplicação dos instrumentos de pesquisa, redacção do trabalho, apresentação dos dados em tabelas, gráficos e quadros, e a entrega do trabalho para aprovação e posterior apresentação ao público.

2.6. População e amostra

a) População

Para Silva e Menezes (2013, p. 43), “considera que população é a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características defendidas para um determinado estudo”.

A população da nossa investigação foi constituída por (100) indivíduos, os quais: (01) Director Geral, (03) Médicos pediatras, (10) Parteiras e (86) Puerperas.

b) Amostra

Na visão de Andrade (2016, p.76), “amostra é a parte da população ou do universo, seleccionada de acordo com uma regra”.

Dentro da nossa população extraímos uma amostra de 30 intervenientes, os quais (1) Director Geral, (03) Médicos pediatras, (10) Parteiras e (16) Púerperas.

Tabela nº 1- População e amostra

Designação	População	%	Amostra	%
Director Geral	01	01	01	3,33%
Médicos Pediátria	03	03	03	10%
Parteiras	10	10	10	33,33%
Púerperas	86	86	16	53,33%
Total	100	100	30	100%

Fonte: Elaboração própria, 2024.

2.7. Dificuldades encontrada

No percurso da nossa investigação deparamos-nos com algumas situações que dificultaram a nossa pesquisa sendo as principais as seguintes:

- Dificuldades financeiras;
- Escassez de tempo dado para a realização do trabalho;
- Dificuldade de compreensão de uso das normas e técnicas;
- Dificuldades em termos de recolha e selecção do material para elaborar a fundamentação teórica;
- Dificuldades quanto a recolha de dados no campo de pesquisa.

CAPÍTULO III- DISCUSSÃO E RESULTADOS

Neste capítulo apresentou-se todos os dados recolhidos em quando, gráficos e tabelas acitadas abaixo. Com esse trabalho de pesquisa, pretendemos fazer uma análise cuidadosa e minuciosa sobre consequências do parto domiciliar planeado em púerperas atendidas no Hospital Provincial do Bengo no I semestre do ano 2024.

3.1. Apresentação e interpretação dos resultados

3.1.1 Grelha de observação das puérperas do Hospital Provincial do Bengo

Quadro nº 2: Observação feita nas puérperas do Hospital Provincial do Bengo

Aspectos a observar	Respostas			
	Sim	Não	Básica	Péssimo
Noção sobre consequências do parto domiciliar planeado em púerperas	✓			
Conhecimento das medidas para a realização de partos domiciliare				✓
Noção sobre parto domiciliar planeado em púerperas			✓	
Preferência do parto hospitalar	✓			
Noção sobre factores de risco	✓			
Aconselhamento sobre partos domiciliare		✓		
Sensibilização das paciente por parte dos profissionais para o parto domiciliar		✓		

Fonte: Elaboração própria, 2024.

A grelha de observação indica que as puérperas possui noção sobre as consequências do parto domiciliar planejado, conforme demonstrado pela marcação da opção "Sim". Esse dado sugere que há uma base de conhecimento quanto aos possíveis desfechos envolvidos nesse tipo de parto. No entanto, no que se refere ao conhecimento das medidas para a realização de partos domiciliare, a avaliação foi "Péssima", o que evidencia um desconhecimento ou compreensão muito limitada

sobre os cuidados e acções necessárias para garantir um parto domiciliar seguro. Isso aponta para a importância de uma maior orientação nesse sentido.

Em relação à noção sobre o parto domiciliar planejado, a observação foi classificada como "Básica", indicando que, apesar de haver alguma compreensão, o entendimento ainda é superficial e carece de aprofundamento. Foi também observada a preferência pelo parto hospitalar, assinalada como "Sim". Isso pode estar relacionado a uma maior confiança no ambiente hospitalar, bem como a uma possível insegurança ou falta de informações consistentes sobre o parto domiciliar.

A avaliação da noção sobre factores de risco foi positiva, sendo marcada como "Sim", o que revela que as puérperas tem consciência dos riscos envolvidos no processo de parto, especialmente quando não é bem assistido. Contudo, a grelha também revelou que não houve aconselhamento profissional sobre o parto domiciliar, o que reflete uma falha na assistência prestada e evidencia a ausência de orientações por parte da equipe de saúde.

Por fim, também foi assinalada a falta de sensibilização das pacientes para o parto domiciliar por parte dos profissionais, o que demonstra desinteresse ou despreparo dos profissionais de saúde em apresentar essa alternativa de forma clara e segura às mulheres, principalmente aquelas que se enquadram nos critérios de baixo risco.

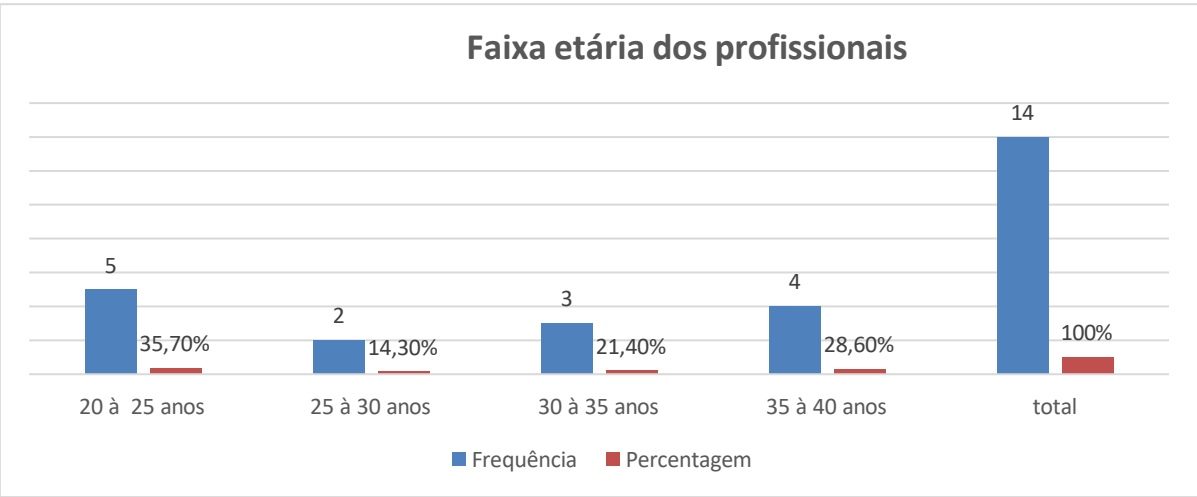
3.1.2. Inquerito dirigido aos profissionais da saúde

Tabela nº 2. Distribuição da amostra segundo faixa etária.

Descrição	Frequência	Percentagem
20 à 25 anos	05	35,7%
25 à 30 anos	02	14,3%
30 à 35 anos	03	21,4%
35 à 40 anos	04	28,6%
Total	14	100%

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Gráfico nº 1- Título: faixa etária dos profissionais



Fonte: Elaboração própria, 2024.

De acordo a tabela nº 2 e o gráfico nº 1, percebe-se que a nossa pesquisa teve maior envolvimento dos profissionais da camada juvenil que representa (05) inqueridos de 20 à 25 anos, perfazendo 35,70% e em seguida (04) inqueridos de 35 a 40 anos, perfazendo 28,60%, posteriormente (03) inqueridos de 30 à 35 anos, perfazendo 21,40% e finalmente (02) inqueridos de 25 à 30 anos, perfazendo 14,30%, correspondendo assim a 100%.

Esses dados indicam que o hospital em referência possui uma boa camada juvenil com a disposição suficiente para atender e responder aos serviços à sua

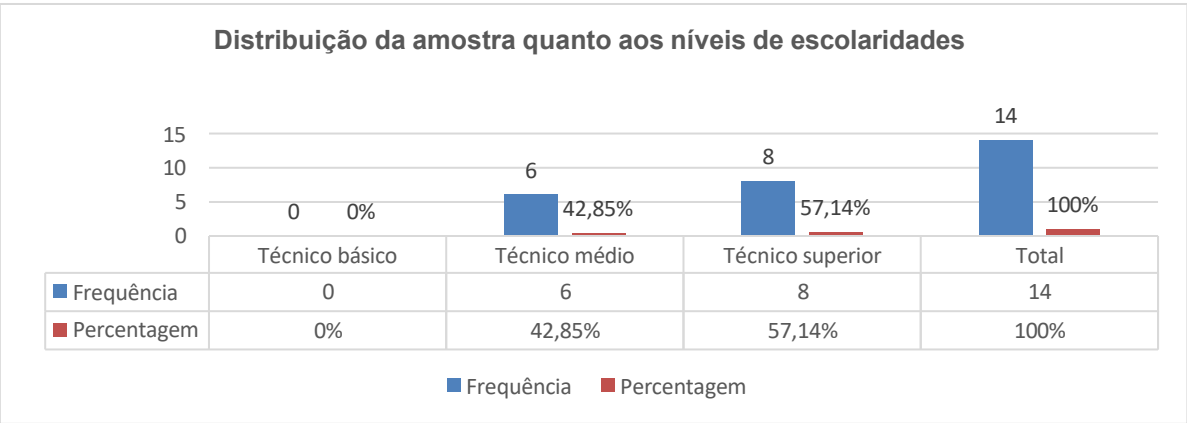
disposição. Além disso, os mesmos indicam que a pesquisa envolveu profissionais de diferentes faixa etária, e isso foi relevante na aquisição dos conhecimentos relacionados a nossa abordagem.

Tabela nº 3- Distribuição da amostra quanto aos níveis de escolaridades

Descrição	Frequência	Percentagem
Técnico básico	00	00%
Técnico médio	06	42,85%
Técnico superior	08	57,14%
Total	14	100%

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Gráfico nº 2- Distribuição da amostra quanto aos níveis de escolaridades



Fonte: Elaboração própria,2024.

De acordo a tabela nº 3 e o gráfico nº 2, os dados ilustram que 42,85% dos profissionais tinham nível de escolaridade médio, e a maioria correspondente a 57,14% tinha nível de escolaridade superior, totalizando assim 100%.

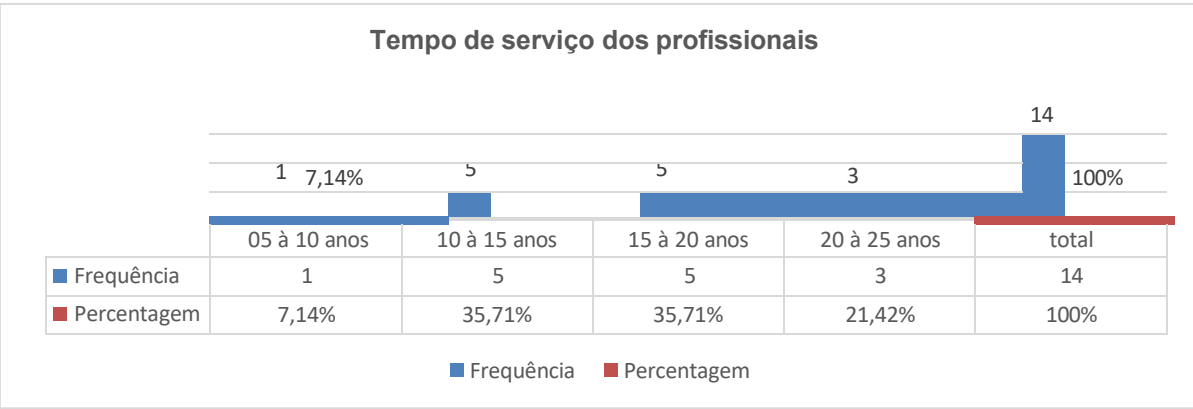
Esses dados indicam que a amostra envolveu profissionais com diferentes níveis de formação acadêmicos, e isso foi relevante na percepção de alguns aspectos relacionados ao objecto de estudo da nossa pesquisa

Tabela nº 4- Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço

Anos de serviço	Frequência	Percentagem
05 à 10 anos	01	7,14%
10 à 15 anos	05	35,71%
15 à 20 anos	05	35,71%
20 à 25 anos	03	21,42%
Total	14	100%

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Gráfico nº 3- Tempo de serviço dos profissionais



Fonte: Elaboração própria,2024.

De acordo a tabela nº 4 e o gráfico nº 3, os profissionais que predominaram a nossa pesquisa foram os de 10 à 15 anos e os de 15 à 20 anos, perfazendo 35,71% para cada intervalo, seguido pelos profissionais dos 20 à 25 anos, perfazendo 21,42% e finalmente pelo profissional de 05 à 10 anos, perfazendo 7,14%, correspondendo assim a 100% da nossa pesquisa.

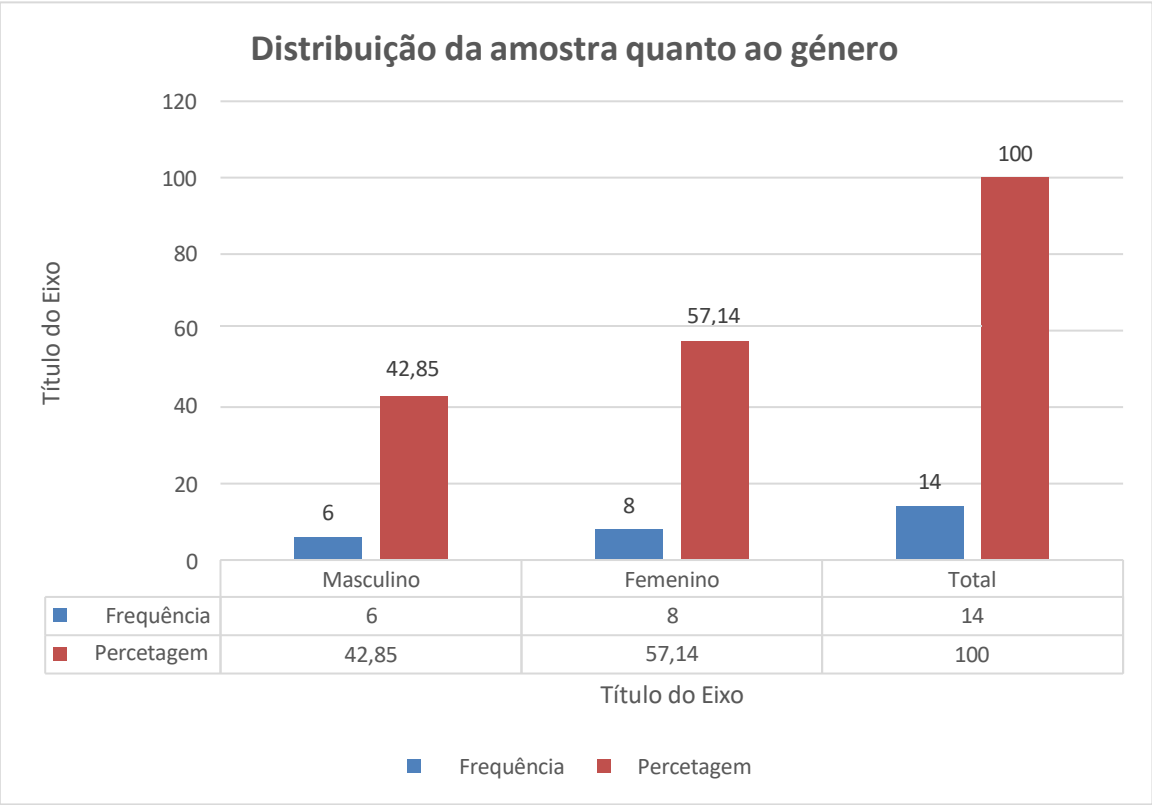
Com isso podemos dizer que o hospital possui recursos humanos com uma vasta experiência no trabalho. Além disso, isso indica que a pesquisa envolveu profissionais com diferentes tempo de serviço, e foi importante na aquisição dos conhecimentos relacionados ao tema em abordagem.

Tabela nº 5. Distribuição da amostra quanto ao gênero

Gênero	Frequência	Perctagem
Masculino	6	42,85
Femenino	8	57,14
Total	14	100

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Gráfico nº 4. Distribuição da amostra quanto ao gênero



Fonte: Elaboração própria, 2024.

Os dados da tabela nº 5 e gráfico nº 4, indicam a distribuição dos profissionais quanto ao gênero, a predominância foi do gênero femenino com 57,14%, e em seguida o masculino com 42,85%. Esses dados demostram que a pesquisa incluiu profissionais com diferentes gêneros, e isso constitui um ponto importante para pesquisa, visto profissionais com diferentes gêneros podem ter diferentes percepções a respeito do parto domiciliar planejado.

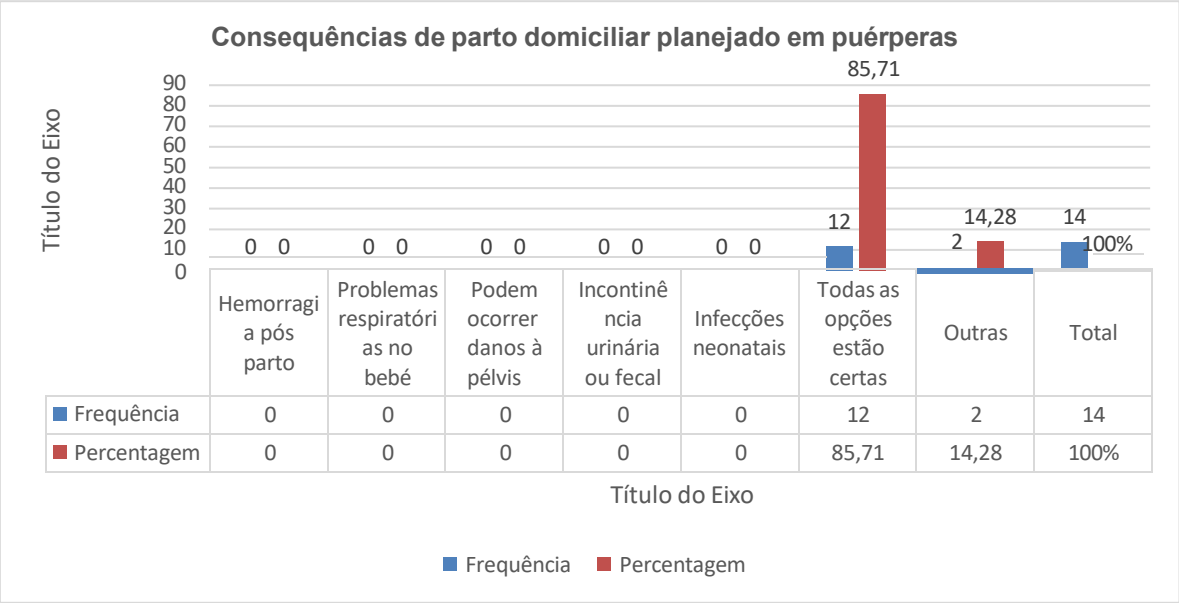
Tabela nº 6: Quais são as consequências do parto domiciliar planejado em puérperas?

Título: consequências do parto domiciliar planejado em puérperas

Designação	Frequência	Percentagem
Hemorragia pós-parto	00	00
Problemas respiratórios no bebê	00	00
Podem ocorrer danos à pélvis	00	00
hipotensão arterial	00	00
Infecções neonatais	00	00
Todas as opções estão certas	12	85,71
Outras	02	14,28
Total	14	100%

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Gráfico nº 5- Título: Consequências de parto domiciliar planejado em puérperas



Fonte: Elaboração própria, 2024.

Os dados da tabela nº 6 e gráfico nº 5, indicam as respostas dos inqueridos quanto a questão dada, no entanto, 85,71% apontaram na alternativa “Todas as opções estão certa”, o que indica que para a maioria, as consequência de parto domiciliar em puérperas envolvem hemorragias pós-parto, problemas respiratórios no

bebê, danos pélvicas, hipotensão arterial e infecções neonatais. Além disso, 14,28% apontaram na opção “Outras”, o que indica que, além das que foram citadas acima, têm mais outras consequências que não foram mencionadas no questionário que podem inclui, anemia, retenção de placenta, trauma físico e mortalidade neonatal.

Esses dados indicam o quanto é importante a capacitação dos profissionais de saúde que albergam esses casos, para garantirem o bem-estar das mães e recém nascidos, prevenindo as possíveis complicações.

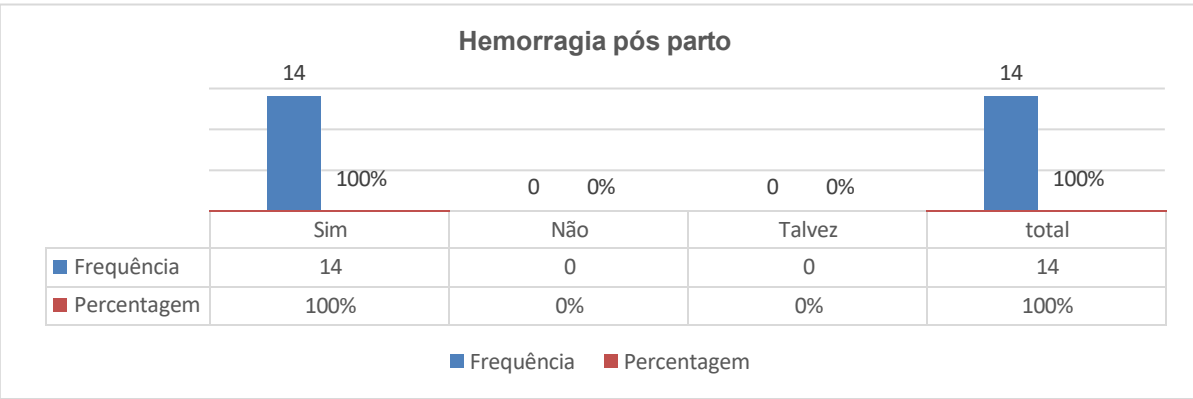
Tabela nº 7. A hemorragia pós-parto pode ser uma das consequências do parto domiciliar planejado em puérperas?

Título: A hemorragia pós-parto como uma das consequências do parto domiciliar planejado em puérperas

Designação	Frequência	Percentagem
Sim	14	100%
Não	00	00%
Talvez	00	00%
Total	14	100%

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Gráfico nº 6- Título: Hemorragia pós parto como uma das consequências do parto domiciliar planejado em puérperas



Fonte: Elaboração própria, 2024.

Os dados da tabela nº 7 e o gráfico nº 6 indicam as respostas dos inqueridos quanto a questão dada e, 100% deles responderam “Sim”, indicando que a hemorragia pós-parto pode ser uma das consequências relacionada ao parto

domiciliar planejado em puérperas. Com base desses dados, pode-se dizer que uma das grandes consequências do parto domiciliar planejado é o fenômeno de hemorragia.

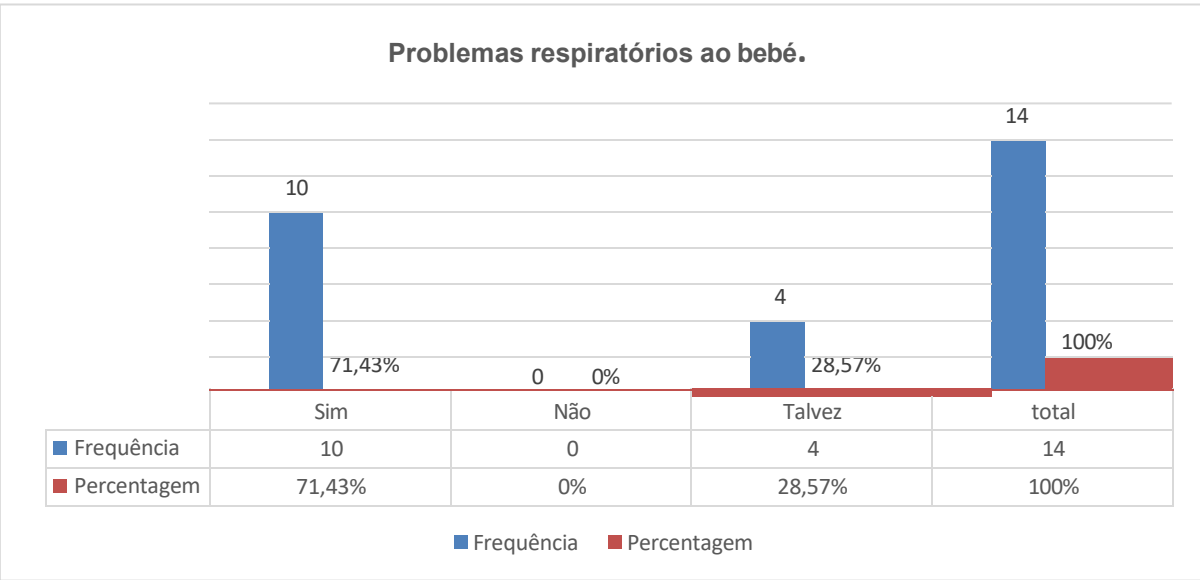
Tabela nº 8. O parto domiciliar planejado em puérperas, pode originar problemas respiratórios ao bebê e infecções neonatais?

Título: Problemas respiratórios ao bebê.

Designação	Frequência	Percentagem
Sim	10	71,43%
Não	00	00%
Talvez	04	28,57%
Total	14	100%

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Gráfico nº 7- Título: Problemas respiratórios ao bebê e infecções neonatais.



Fonte: Elaboração própria, 2024.

Os dados da tabela nº 8 e gráfico nº 7, demonstram as respostas dos inqueridos quanto a questão dada e, a maioria representada por 71,43%, respondeu “ Sim”,

indicando que o parto domiciliar pode originar problemas respiratórios ao bebê e infecções neonatais, e 28,57% responderam “Talvez”, indicando que eles não tiveram certeza de que o parto domiciliar panificado em puéperas poderia ou não ocasionar problemas respitarórios ao bebê e infecções neonatais. Levando em consideração a resposta da a maioria, pode se dizer que problemas respiratórios em bebés e infecções neonatais podem ocorrer nos partos domiciliares planificados em puérperas.

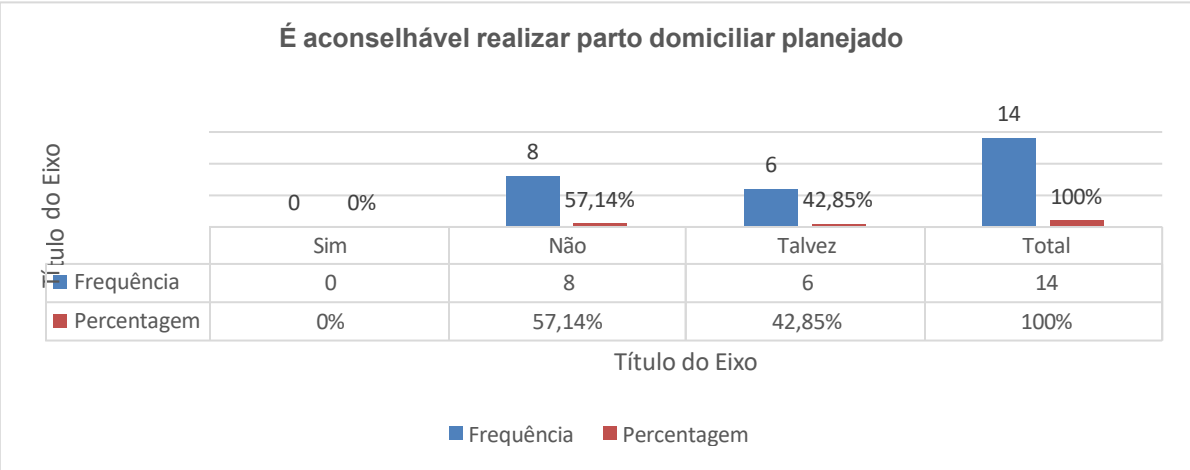
Tabela nº 9: É aconselhável realizar parto domiciliar planejado em puérperas?

Título: É aconselhável realizar parto domiciliar planejado

Descrição	Frequência	Percentagem
Sim	00	00%
Não	08	57,14%
Talvez	06	42,85%
Total	14	100%

Fonte: Elaboaração própria, 2024.

Gráfico nº 8- Título: É aconselhável realizar parto domiciliar planejado



Fonte: Elaboração própria, 2024.

De acordo a tabela nº 9 e o gráfico nº 8 quanto ao parto domiciliar planejado, 57,14% dos inqueridos responderam “Sim” indicando que eles não aconselham o parto domiciliar planejado, e 42,85% responderam “ Talvez” indicando que responderam sem certeza sobre o assunto em questão, correspondendo assim a 100% da nossa pesquisa.

Com isso podemos dizer que, em função dos resultados obtidos, não se aconselha mulheres a optarem pelo parto domiciliar, embora seja planejado, pois são vários eventos podem advir dele.

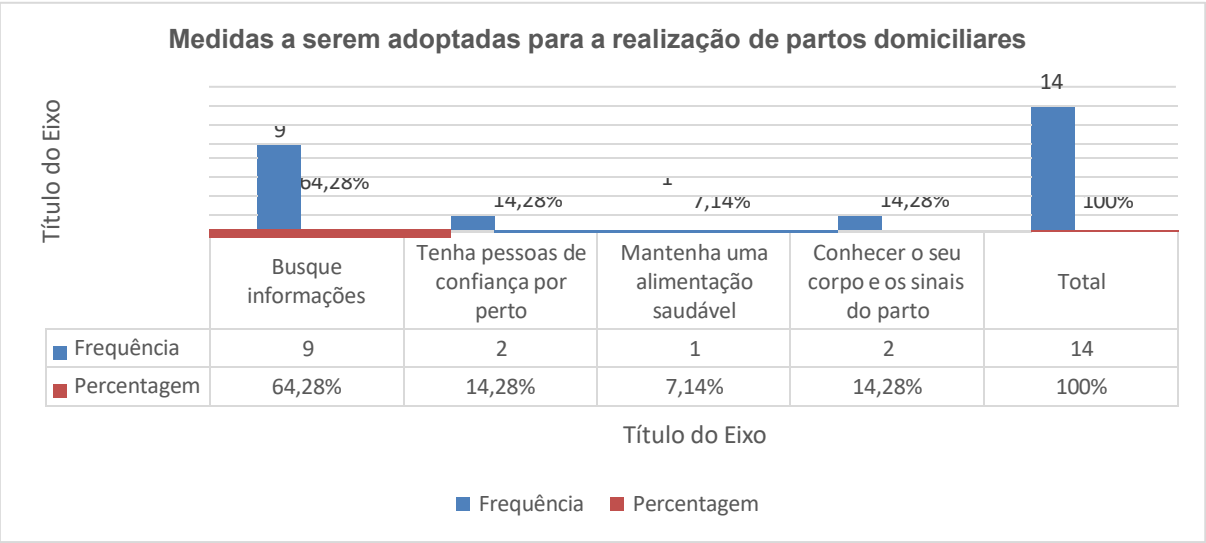
Tabela nº 10: Que medidas devem ser adotadas para a realização de partos domiciliares?

Título: Medidas a serem adotadas para a realização de partos domiciliares

Descrição	Frequência	Percentagem
Busque informações	09	64,28%
Tenha pessoas de confiança por perto	02	14,28%
Mantenha uma alimentação saudável	01	7,14%
Conhecer o seu corpo e os sinais do parto	02	14,28%
Total	14	100%

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Gráfico nº 9- Título: Medidas a serem adotadas para a realização de partos domiciliares



Fonte: Elaboração própria, 2024.

De acordo com os dados da tabela nº 10 e gráfico nº 9, demonstram as respostas dos inqueridos quanto as medidas a serem adotadas para realização do parto domiciliar, a maioria correspondente a 64,28%, apontaram a opção “Buscar informações”, em seguida, 14,28% dos inqueridos apontaram na opção “Conhecer o seu corpo e os sinais do parto”, 24,28% escolheram a opção “Tenha pessoas de

confiança por perto” e por último, 7,14% optaram por opção “Manter uma alimentação saudável, completando os 100% dos inqueridos.

Com isso podemos dizer que, sempre que a mulher prefira optar pelo parto domiciliar, deve ela consultar com frequência as instituições de saúde para os esclarecimentos possíveis e a avaliação dos seu estado de saúde, na acepção de apurar os possíveis problemas que podem surgir no momento do parto e as devidas precauções.

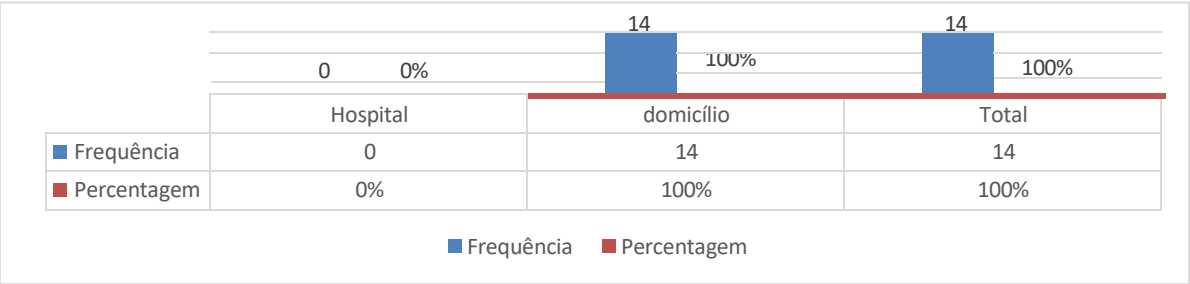
Tabela nº 11: Onde há maior risco entre partos feitos no domicílio e no hospital?

Título: Maior risco entre partos feitos no domicílio e no hospital

Descrição	Frequência	Percentagem
Hospital	00	00%
Domicílio	14	100%
Total	14	100%

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Gráfico nº 10- Título: Maior risco entre partos feitos no domicílio e no hospital



Fonte: Elaboração própria, 2024.

De acordo a tabela nº 11 e o gráfico nº 10 sobre maior risco entre partos feitos no domicílio e no hospital, tivemos respostas unânimes dos nossos inqueridos, isto é, (14) inqueridos que corresponde a 100%, responderam que o parto no domicílio é onde há maior risco em relação o do hospital.

Esses dados indicam que a totalidade dos inqueridos afirmam apresetar maiores riscos o parto no domicílio do que no hospital, pois atendendo dos imprevistos que este pode oferecer, estando no hospital, há maior segurança e prontidão sobre todos os eventos supervenientes que possam surgir.

3.2. Inquérito por questionário dirigido às puérperas

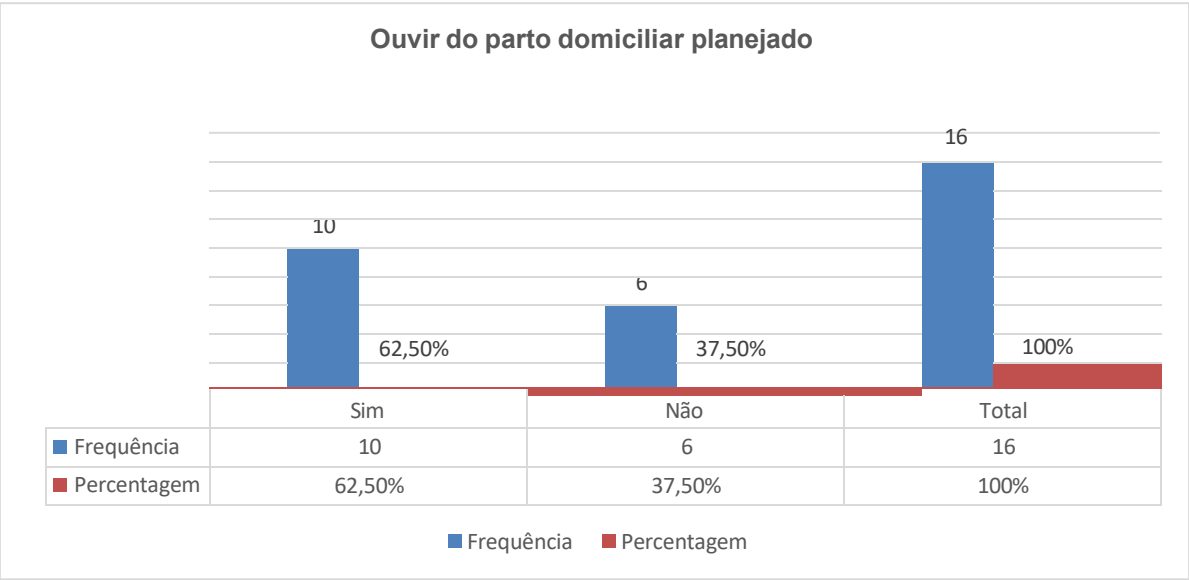
Tabela nº 12: Já ouviu falar do parto domiciliar planejado?

Título: Ouvir falar do parto domiciliar planejado

Descrição	Frequência	Percentagem
Sim	10	62,5%
Não	06	37,5%
Total	16	100%

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Gráfico nº 11- Título: Ouvir do parto domiciliar planejado



Fonte: Elaboração própria, 2024.

De acordo a tabela nº 12 e o gráfico nº 11 inerente às puérperas quando questionadas sobre noções do parto domiciliar planejado, (10) delas disseram que têm noção, perfazendo 62,50% em relação à (06) que responderam não, perfazendo 37,50%, correspondendo assim 100% da nossa pesquisa.

Esses dados indicam que, embora a maioria tenha algum grau de familiaridade com o assunto, ainda existe uma parcela significativa da população que não conhece ou nunca ouviu falar sobre o parto domiciliar planejado. Isso sugere a necessidade de mais acções informativas e educativas, principalmente considerando os impactos dessa escolha na saúde da mãe e do recém-nascido.

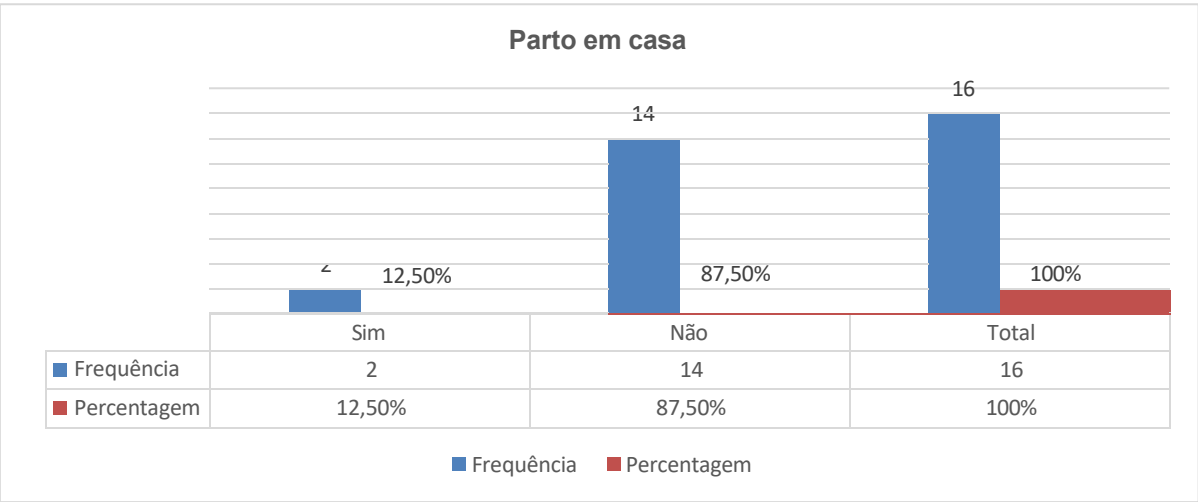
Tabela Nº 13. Algumas vez já fez parto em casa?

Título: Parto em casa

Descrição	Frequência	Percentagem
Sim	02	12,5%
Não	14	87,5%
Total	16	100%

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Gráfico nº 12- Título: Parto em casa



Fonte: Elaboração própria, 2024.

Os dados da tabela nº 13 e gráfico nº 12, revelam que apenas 12,5% relataram já ter realizado um parto em casa, e a maioria correspondente a 87,5%, afirmou nunca ter passado por essa experiência.

Esses resultados mostram que, apesar de uma parte das pessoas conhecer o parto domiciliar como visto na tabela anterior, a prática ainda é pouco comum entre inqueridas. Isso pode estar relacionado a factores culturais, estruturais ou à falta de apoio e segurança percebida nesse tipo de parto.

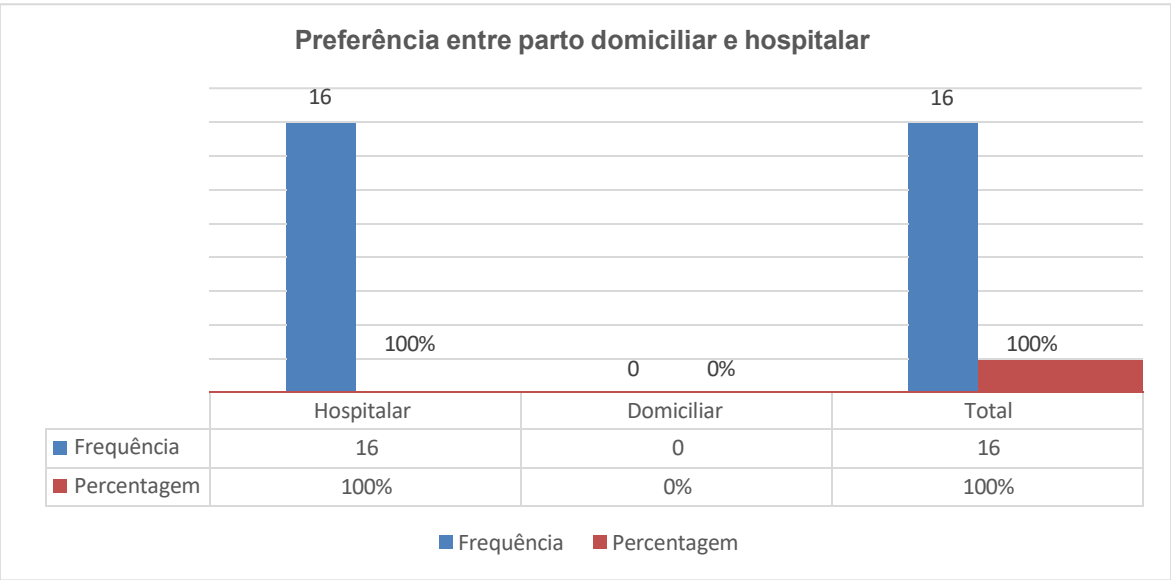
Tabela nº 14: Entre o parto domiciliar e hospitalar, qual prefer?

Título: Preferência entre parto domiciliar e hospitalar

Descrição	Frequência	Percentagem
Hospitalar	16	100%
Domiciliar	00	00%
Total	16	100%

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Gráfico nº 13- Título: Preferência entre parto domiciliar e hospitalar



Fonte: Elaboração própria, 2024.

De acordo a tabela nº 14 e o gráfico nº 13 sobre a preferência do parto, todas as púerperas foram unânimes em dizer que preferem o hospital do que o domicílio, perfazendo 100% da nossa pesquisa.

Esses dados indicam que as mulheres optam muito mais para o parto hospitalar do que domiciliar, possivelmente por medo de poder surgir um imprevisto. Com isso podemos dizer que as mulheres têm noções de certos perigos que podem passar quando este parto acarrete consigo diversos problemas.

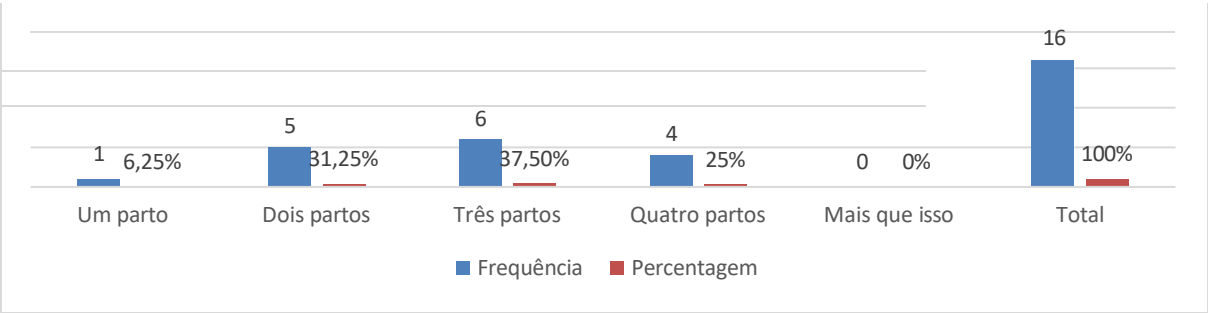
Tabela nº 15: Você é mãe de quantos partos?

Título: Número de partos

Descrição	Frequência	Percentagem
Um parto	01	6,25%
Dois partos	05	31,25%
Três partos	06	37,5%
Quatro partos	04	25%
Mais que isso	00	00%
Total	16	100%

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Gráfico nº 14- Título: Número de partos



Fonte: Elaboração própria

De acordo a tabela nº 15 e o gráfico 14 sobre o número de partos, tivemos (06) que afirmaram ser mães de três partos, perfazendo 37,50%, seguidas (05) que disseram são mães de dois partos, perfazendo 31,25%, posteriormente por (04) mulheres que afirmaram ser mães de quatro partos, perfazendo 25% e finalmente por (01) mulher que disse que é mãe de um parto, perfazendo 6,25%, correspondendo assim a 100% da nossa pesquisa.

Os dados indicam que a maioria das participantes (68,75%) teve entre dois e três partos, o que pode sugerir um perfil materno com experiência prévia significativa. Esse factor pode influenciar tanto na percepção sobre os tipos de parto quanto na aceitação ou rejeição ao parto domiciliar, dependendo de como foram vivenciadas as gestações anteriores. Além disso, a ausência de participantes com mais de quatro

partos pode refletir tendências de redução da taxa de fecundidade, comum em muitos contextos contemporâneos.

3.2 Discussão dos resultados

Quadro nº 2: Observações feitas às puérperas do Hospital Provincial do Bengo: Os resultados da grelha de observação revelam que, embora a puérpera tenha alguma noção sobre as consequências do parto domiciliar planejado e sobre os factores de risco, seu conhecimento é superficial e insuficiente quanto às medidas necessárias para realizá-lo com segurança. Além disso, observa-se uma forte preferência pelo parto hospitalar, possivelmente relacionada à falta de informação e ao medo de complicações. A ausência de aconselhamento e sensibilização por parte dos profissionais de saúde evidencia uma lacuna na assistência, dificultando o empoderamento da mulher e o acesso a escolhas conscientes. Esses resultados corroboram com autores como Leal et al. (2020), Gama et al. (2016) e Nascimento et al. (2019), que destacam a importância da educação perinatal, do apoio profissional e da humanização do parto. Em contrapartida, estudos como Reed et al. (2018) demonstram que o parto domiciliar, quando planejado e assistido adequadamente, pode ser uma alternativa segura e satisfatória para gestantes de baixo risco.

Tabela nº 2 e o gráfico nº 1. Distribuição da amostra segundo faixa etária: Os resultados da pesquisa revelam que a maioria dos profissionais participantes da pesquisa encontra-se nas faixas etárias de 20 a 25 anos e 35 a 40 anos, indicando um equilíbrio entre profissionais iniciantes e experientes. Os mais jovens tendem a estar mais atualizados com práticas inovadoras e humanizadas, como o parto domiciliar planejado, enquanto os mais experientes contribuem com vivências clínicas que influenciam suas percepções sobre os riscos e benefícios dessa modalidade de parto. A diversidade etária da amostra enriquece a análise, permitindo compreender como idade e tempo de actuação interferem nas opiniões e posicionamentos sobre o parto fora do ambiente hospitalar. Os resultados corroboram as pesquisas de Silva et al. (2021) e Souza e Torres (2019), evidenciando que profissionais em início de carreira demonstram maior abertura a práticas inovadoras e humanizadas, como o parto domiciliar planejado, devido ao contato com diretrizes atualizadas e ao discurso de autonomia da mulher. Em contrapartida, os profissionais com maior tempo de actuação tendem a fundamentar suas práticas em experiências consolidadas,

adotando uma postura mais cautelosa frente às alternativas ao parto hospitalar. Dessa forma, a composição etária da amostra enriquece o estudo, ao revelar como a idade e a experiência influenciam as percepções e a aceitação do parto domiciliar.

Tabela nº 3 e gráfico nº 2: Distribuição da amostra quanto ao nível acadêmico dos profissionais: Os resultados da pesquisa mostram que, entre os 14 profissionais de saúde, 57,14% possuem nível superior e 42,85% possuem nível Técnico médio, sem registro de profissionais com nível básico. Essa distribuição indica um perfil de alta qualificação, o que pode facilitar a adoção de práticas inovadoras e humanizadas, como o parto domiciliar planejado. Esses resultados corroboram estudos de Silva et al. (2021) e Souza & Torres (2019), que associam maior escolaridade à adoção de práticas assistenciais inovadoras e humanizadas, como o parto domiciliar planejado, enquanto níveis inferiores tendem a manter abordagens mais tradicionais. A heterogeneidade nos níveis de escolaridade ressalta a importância de programas de educação continuada para promover uma atualização uniforme e a implementação de práticas inovadoras entre todos os profissionais, independentemente do grau de formação.

Tabela nº 4 e o gráfico 3. Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço dos profissionais: Os resultados da pesquisa demonstram que a amostra é composta predominantemente por profissionais com experiência consolidada, o que pode influenciar diretamente suas práticas e percepções quanto à adoção de novas abordagens, como o parto domiciliar planejado. Dessa forma, a heterogeneidade no tempo de serviço presente na amostra, permite uma análise mais abrangente sobre a dinâmica de implementação de práticas assistenciais inovadoras. Enquanto os profissionais com 10 a 20 anos de experiência podem combinar o embasamento prático com a atualização constante, aqueles com tempo de serviço mais extenso podem oferecer uma perspectiva mais crítica e sólida, contribuindo para uma discussão equilibrada sobre a viabilidade e segurança do parto domiciliar.

Segundo Silva et al. (2021), essa experiência pode levar a uma abordagem mais cautelosa e fundamentada em práticas tradicionais, enquanto Souza & Torres (2019) sugerem que profissionais com tempo de serviço moderado demonstram maior flexibilidade para adotar práticas inovadoras.

Tabela nº 5 e gráfico nº 4: Distribuição da amostra quanto os gêneros dos profissionais: Os resultados da pesquisa que 57,14% identificados como femininos e 42,85% como masculinos. Essa distribuição demonstra uma ligeira predominância de profissionais do gênero feminino, o que pode estar relacionado à alta participação das mulheres em áreas da saúde, especialmente em setores como obstetrícia e enfermagem. Estudos anteriores como do Silva et al. (2021) e Souza & Torres (2019) apontam que a presença significativa de mulheres na saúde pode influenciar a adoção de práticas humanizadas e inovadoras, uma vez que a abordagem assistencial tende a valorizar a escuta ativa e o cuidado centrado na paciente.

Além disso, a diversidade de gênero pode enriquecer o debate sobre a implementação de novas práticas assistenciais, pois cada grupo pode trazer perspectivas e experiências distintas que contribuem para a discussão de segurança, viabilidade e potencial de inovação em contextos desafiadores, como o parto domiciliar planejado.

Tabela nº 6 e o gráfico nº 5. consequências do parto domiciliar planejado em puérperas: Os resultados apontam para uma visão integrada dos profissionais de saúde acerca dos riscos associados ao parto domiciliar planejado. A adesão maioritária à opção “Todas as opções estão certas” indica um consenso de que diversas complicações podem ocorrer, se o parto domiciliar não for conduzido com criteriosa avaliação e implementação de medidas de segurança. Esses dados corroboram com os estudos de Martins e Lima (2018), os quais enfatizam que, embora o parto domiciliar planejado possa oferecer abordagens mais humanizadas e personalizadas, ele também está sujeito a uma série de complicações como hemorragia pós-parto, problemas respiratórios neonatais, danos estruturais à pélvis, incontinência e infecções neonatais. Segundo esses autores, a implementação dessa modalidade de parto demanda protocolos rigorosos de segurança e um acompanhamento clínico intensivo para mitigar os riscos potenciais.

Com isso, a adoção de medidas preventivas e a consideração integral de todos os riscos são essenciais para garantir a segurança das puérperas e dos recém-nascidos, alinhando a prática com as diretrizes de saúde que prezam por uma assistência responsável e efetiva.

Tabela nº 7 e o gráfico nº 6. A hemorragia pós-parto como uma das consequências do parto domiciliar planejado em puérperas: Os resultados da pesquisa evidenciam um consenso unânime entre os 14 profissionais de saúde participantes da pesquisa, todos afirmaram que a hemorragia pós-parto pode ser uma das consequências do parto domiciliar planejado. Esse dado demonstra uma percepção clara dos profissionais quanto à gravidade desse risco obstétrico, mesmo em situações planejadas e com acompanhamento. Segundo Costa et al. (2020), a hemorragia pós-parto é considerada uma das principais causas de mortalidade materna no mundo, e sua ocorrência em ambiente domiciliar representa um desafio à assistência segura, sobretudo pela limitação de recursos imediatos para intervenções emergenciais. Em cenários hospitalares, a disponibilidade de equipe multidisciplinar, banco de sangue e suporte intensivo é decisiva para reverter quadros hemorrágicos rapidamente. O reconhecimento unânime dos profissionais de saúde quanto à possibilidade de hemorragia pós-parto reforça a necessidade de capacitação contínua das equipes que atuam nessa modalidade de assistência, bem como o fortalecimento das normas técnicas e protocolos de segurança que orientam a realização de partos fora do ambiente hospitalar.

Tabela Nº 8 e o gráfico 07. Problemas respiratórios para o bebê e infecções neonatais como consequências do parto domiciliar planejado em puérperas: Os resultados da pesquisa revelam que a maioria dos profissionais de saúde participantes isto é, 71,43% acredita que o parto domiciliar planejado pode, sim, originar problemas respiratórios no bebê e infecções neonatais, enquanto 28,57% responderam “Talvez”, e nenhum profissional descartou completamente essa possibilidade. Essa percepção majoritária indica um nível significativo de consciência quanto aos riscos neonatais associados ao parto fora do ambiente hospitalar.

Os estudos de Barbosa e Nogueira (2020) e Ferreira et al. (2017) destacam que, apesar das vantagens do parto domiciliar humanizado, sua segurança depende de fatores como infraestrutura adequada, equipe treinada e protocolos bem definidos. A falta de recursos para intervenções imediatas pode aumentar o risco de complicações respiratórias e infecções neonatais. A percepção dos profissionais de saúde, expressa na escolha pela opção "Talvez", indica que os riscos do parto domiciliar planejado

são variáveis e dependem de condições específicas, como a triagem adequada das gestantes e o preparo da equipe assistencial.

Tabela nº 9 e gráfico nº 8: É aconselhável realizar parto domiciliar planejado em puérperas: Neste ponto. Questionou-se aos profissionais se seria aconselhável realizar parto domiciliar planejado em puérperas e, a pesquisa evidencia que 57,14% dele não consideram aconselhável a realização do parto domiciliar planejado em puérperas, enquanto 42,85% demonstram cautela ao responder “Talvez”, e nenhum respondeu “Sim”. Esses dados indicam uma percepção maioritariamente crítica quanto à segurança dessa prática, refletindo preocupações com possíveis complicações em contextos fora do ambiente hospitalar. Esse posicionamento está alinhado com estudo do Ferreira et al. (2017), que destacam a importância de estrutura adequada e equipe capacitada para a realização segura do parto domiciliar. Do mesmo modo, Barbosa e Nogueira (2020) reforçam que, mesmo em casos planejados, o ambiente domiciliar pode não oferecer suporte suficiente para responder a intercorrências graves. Assim, os resultados revelam que a aceitação dessa prática está condicionada à existência de critérios rigorosos de segurança e avaliação clínica, reforçando a necessidade de prudência por parte dos profissionais de saúde.

Tabela nº 10 e gráfico nº 9. Medidas a serem adotadas para a realização de partos domiciliares: Os resultados da pesquisa mostram que a principal medida indicada para a realização de partos domiciliares é a busca por informações em 64,28% de casos, seguida pela presença de pessoas de confiança e o conhecimento do corpo e sinais do parto ambos com 14,28%. Apenas 7,14% destacaram a alimentação saudável como fator relevante.

Esses resultados estão em conformidade com a literatura Leal et al. (2020) e Gama et al. (2016), que ressaltam a importância do empoderamento da mulher por meio de informações adequadas e do apoio emocional, essenciais para o sucesso do parto domiciliar. Além disso, as evidências reforçam a necessidade de educação perinatal, como sugerido por Reis et al. (2018), e a atenção à nutrição, apontada por Nascimento et al. (2019), especialmente em contextos fora do ambiente hospitalar. No entanto, nota-se uma menor valorização de aspectos nutricionais e do suporte contínuo, o que pode indicar a necessidade de uma abordagem mais ampla e integrada no aconselhamento profissional.

Tabela nº 11 e gráfico nº 10. Maior risco entre partos feitos no domicílio e no hospital. Os resultados da pesquisa revelam que 100% dos profissionais de saúde inqueridos afirmaram que o parto domiciliar representa maior risco em comparação ao parto hospitalar. Essa percepção reforça a ideia de que o ambiente hospitalar ainda é visto como mais seguro para o nascimento, especialmente devido ao acesso imediato a recursos médicos em caso de complicações. A literatura científica confirma que o parto domiciliar pode ser arriscado quando não planejado ou sem acompanhamento profissional adequado (Silva et al., 2020; Souza et al., 2019). Assim, os resultados revelam não apenas uma preocupação com a segurança, mas também a possível influência de uma visão tradicional e hospitalocêntrica sobre o parto.

Tabela nº 12 e gráfico nº 11. Ouvir falar sobre parto domiciliar planejado: os resultados da pesquisa indicam que 62,5% das puérperas já ouviram falar sobre o parto domiciliar planejado, enquanto 37,5% nunca tiveram contato com essa informação. Isso sugere uma lacuna na orientação pré-natal, principalmente no que diz respeito à apresentação de alternativas seguras ao parto hospitalar. A literatura enfatiza que a informação e a educação perinatal são essenciais para que a mulher possa exercer sua autonomia na escolha do tipo de parto (Leal et al., 2020; Reis et al., 2018). O desconhecimento por parte de uma parcela significativa das puérperas pode ser reflexo de falhas na comunicação profissional-gestante e de uma cultura ainda fortemente hospitalocêntrica (Gama et al., 2016; Nascimento et al., 2019).

Tabela nº 13 e gráfico nº 12. Fazer parto em casa: De acordo com os resultados da pesquisa, 12,5% das puérperas já realizaram parto em casa, enquanto 87,5% nunca vivenciaram essa experiência. Esses dados demonstram que o parto domiciliar ainda é uma prática pouco comum entre as mulheres da amostra, possivelmente em razão de factores como falta de informação, ausência de políticas públicas específicas, medo de complicações, e sem suporte profissional adequado (Gama et al., 2016; Silva et al., 2020; Leal et al., 2020; Reis et al., 2018). Tais resultados reforçam a importância de ampliar o debate e a informação sobre o parto domiciliar planejado como uma alternativa viável e segura para gestantes de baixo risco.

Tabela nº 14 e gráfico nº 13. Preferência entre o parto no domicílio e ao hospital: De acordo com os resultados da pesquisa, 100% das puérperas demonstraram preferência pelo parto hospitalar, não havendo nenhuma indicação de preferência pelo parto domiciliar. Esse dado reflete uma forte influência da visão hospitalar sobre o parto, alimentada possivelmente por medos, desinformação e ausência de políticas públicas eficazes de incentivo ao parto domiciliar. Estudos como os de Gama et al. (2016), Silva et al. (2020) e Leal et al. (2020) confirmam que a preferência pelo ambiente hospitalar está associada à ideia de segurança e controle, mas também revelam que o fortalecimento da educação perinatal e do acesso a informações claras e qualificadas pode ser fundamental para ampliar as opções de escolha das mulheres quanto ao local do parto.

Tabelanº 15 e gráfico nº 14. Número de partos das puérperas: Os resultados da pesquisa mostram que a maioria das puérperas possui entre dois e três partos, isto é 68,75% do total, sendo 6,25% com um único parto e 25% com quatro partos. Este padrão sugere que as mulheres inqueridas têm uma experiência significativa com o processo de parto, o que pode impactar suas escolhas sobre o local e a forma de assistência desejada. Estudos como os de Mendes et al. (2017) e Silveira et al. (2019) corroboram a ideia de que a experiência anterior influencia a percepção sobre o parto, podendo fazer com que mulheres com múltiplos partos se sintam mais confiantes em suas escolhas para os partos subsequentes.

CONCLUSÕES

De acordo com os resultados da pesquisa, chegamos a seguintes conclusões:

As hipóteses traçadas que alegavam que, consequências do parto domiciliar planejado em puérperas, são as hemorragias pós-parto, problemas respiratórios para o bebê e infecções neonatais, foram confirmadas pela pesquisa em uma alta porcentagem de casos.

A pesquisa revela que o parto domiciliar mesmo em situações planejadas e com acompanhamento, pode originar consequências como as hemorragias pós-partos. Isso foi confirmado em 100% dos profissionais inqueridos, confirmando assim a nossa H1 conforme apresentado na tabela nº 7 e gráfico nº 6.

Os resultados da pesquisa destacam que, um parto domiciliar mesmo sendo planejado, pode ocasionar problemas respiratórios para o bebê e infecções neonatais, isso foi confirmado pela totalidade dos profissionais inqueridos, por sua vez confirmando a nossa H2 conforme apresentado na tabela nº 8 e gráfico nº 7.

Além disso, a pesquisa indentificou uma forte preferência pelo parto hospitalar, possivelmente relacionada à falta de informação e ao medo de complicações, como também identificou algumas lacunas no aconselhamento e sensibilização por parte dos profissionais de saúde relativamente ao parto domiciliar planejado, que acaba dificultando o empoderamento da mulher e o acesso às escolhas conscientes do local do parto, indicando a necessidade de mais treinamentos profissionais sobre assunto, conforme apresentado no quadro nº 2.

No decurso desta investigação, foram identificadas e descritas diversas consequências do parto domiciliar em puérperas. A pesquisa demonstra claramente que as consequências diante deste caso, são variadas e complexas como foram sugeridas na tabela nº 6 e gráfico nº 5.

Finalmente, ao analisar os perfis sociodemográficos dos profissionais, observou-se que a amostra foi composta por diferentes faixas etárias, a maioritariamente entre 20 a 25 anos, com diferentes níveis de escolaridades inclui nível médio e superior, e nível predominante foi o superior. Além disso, a amostra foi composta também por profissionais com diferentes tempo de serviços, o grupo

predominate foi a de 10 à 15 anos e os de 15 à 20 anos em relação a de 05 à 10 anos, e a maioritariamente do género feminino.

Os resultados da pesquisa indicam que as consequências do parto domiciliar em puérperas inclui hemorragias pós-parto, problemas respiratórios no bebé, danos pélvicas, incontinência urinária ou fecal e infecções neonatais. Além disso, as consequências podem abranger também anemias, mastite, hipotensão arterial, retenção de placenta, trauma físico e mortalidade neonatal.

Em resumo, os resultados desta pesquisa confirmaram as hipóteses estabelecidas e alcançaram com sucesso os objetivos traçados. Isso evidencia a identificação e descrição das consequências diante deste contexto, bem como a caracterização dos perfis dos profissionais envolvidos na pesquisa.

SUGESTÕES

Com base nas conclusões desta pesquisa, é possível sugerir uma série de acções e estratégias que podem contribuir para melhoria do problema identificado. Essas sugestões são direccionadas para profissionais de saúde, puérperas e para outras entidades relevantes, como o sistema de ensino e o sistema de saúde.

Aos profissionais da saúde:

- ✓ Os profissionais de saúde, que passem realizar acções educativas que visem demonstrar as alternativas correctas na gestantes para os locais de partos;
- ✓ Que os profissionais de saúde continue orientando as mães, explicando as vantagens e desvantagens entre o parto domiciliar e o hospitalar, apresentando a medidas necessárias a serem tomadas em casos de uma mãe quiser optar por parto domiciliar.
- ✓ Promover um ambiente acolhedor para que as mulheres possa expor as suas questões inerentes a partos domiciliários planejados.

Às puérperas:

- ✓ Consultar profissionais da saúde para os esclarecimentos possíveis sobre partos domiciliários planejados.
- ✓ Optar preferencialmente a partos hospitalares em relação a partos domiciliários a menos que tenha as medidas garantida;

Para outras autoridades relevantes:

- ✓ Interação de serviços de saúde e educação: As entidades de saúde e educação que trabalhem em conjunto para garantir que as mulheres particularmente as mãe, tenham acesso às informações sobre o assunto.
- ✓ Que o governo crie políticas que visem minimizar as complicações do parto no domicílio. Isso pode incluir a capacitação contínua dos profissionais, o fortalecimento das normas técnicas e protocolos de segurança para realização de partos fora do ambiente hospitalar de forma segura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M. (2015). *Partos domiciliares acidentais na região sul do município de São Paulo*. Revista de Saúde Pública. Vol. 39.
- Andrade, M. M. (2016). *Introdução à metodologia do trabalho científico*. 6ª Edição. Portugal: Editora Atlas.
- Barbosa, L. F., & Nogueira, R. C. (2020). *Parto domiciliar e os desafios da assistência neonatal*. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, 20(3), 701–709. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292020000300010>
- Barros, F. C., Silva, R. M., Ribeiro, C. C., Oliveira, A. M., & Melo, S. (2018). Atenção à saúde no puerpério domiciliar por enfermeiros: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem, 71(3), 1315-1323. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0596>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Caderno HumanizaSUS: Atenção Humanizada ao Recém-Nascido*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: Relatório técnico*. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_parto_norma_l.pdf
- Caparroz, S. C. (2013). *O resgate do parto natural: contribuições de uma tecnologia apropriada*. Joinville: Univille.
- Cardoso, S. F. (2020). *Manual de metodologia de pesquisa*: Faculdade Lucino Feijão. Brasil: Sobral Editora.
- Castro, C. M. (2015). *Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo*. São Paulo. Cad. saúde colet. Rio de Janeiro.
- Cipriano, S. K. (2020). *Metodologia de investigação científica*. Luanda: Mayamba Editora

- Cheyney, M., & Davis-Floyd, R. (2023). *Integrating home birth into health systems: Challenges and opportunities*. *Midwifery*, 117, 103564. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103564>
- Colacioppo, P. M., Koiffman, M. D., Riesco, M. L. G., Schneck, C. A., & Osava, R. H. (2010). Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), 81-90.
- Costa, A. P., Oliveira, M. M., & Ferreira, L. C. (2020). *A segurança do parto domiciliar planejado: análise de riscos e benefícios*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), 1–9.
- Declercq, E., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S., & Herrlich, A. (2013). *Listening to Mothers III: Pregnancy and birth*. New York: Childbirth Connection. <https://www.nationalpartnership.org/our-work/resources/health-care/maternity/listening-to-mothers-iii-pregnancy-and-birth.pdf>.
- Diniz, C. S. G. (2005). Humanização do parto no Brasil: Os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 627–637. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>
- Diniz, C. S. G., Salgado, H. O., & Andrezzo, H. F. A. (2011). Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(1), 79–86.
- Diogo, L. M. (2019). *Metodologia de investigação científica: Impacto dos métodos no trabalho científico*. São Paulo: Patuá Editora.
- Duarte e Mesquita. (2017). *Metodologia da pesquisa*. 2ª Edição. São Paulo: Editora Atlas.
- Ferreira, M. S., Oliveira, C. A., & Mendes, T. F. (2017). *Parto domiciliar planejado: riscos e benefícios na perspectiva da equipe de saúde*. *Revista de Enfermagem Contemporânea*, 6(2), 152–160. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i2.1765>
- Feyer, I. S. S., Monticelli, M., Boehs, A. E., & Santos, E. K. A. (2013). Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a experiência do parto

- domiciliar planejado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(6), 879-886. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000600011>.
- Gama, A. S., Giffin, K. M., D'orsi, E., Barbosa, G. P., Torres, J. A., & Leal, M. C. (2008). Parto e nascimento no Brasil: Uma análise a partir da pesquisa Nascer no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1915–1928. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.00792018>.
- Gama, A. S., Viellas, E. F., Filha, M. M. T., Theme, M. M., Leal, M. C., & Fernandes, C. M. (2016). *Atenção ao parto domiciliar planejado no Brasil: Perfil das mulheres e dos profissionais*. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 16(1), 37–45. <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>
- González, M. (2005). *Pariremos con placer: Maternidad y sexualidad*. Barcelona: Ob Stare.
- Hutton, E. K., & Reitsma, A. H. (2024). *Avoidable adverse outcomes in planned home birth: A review of systems-based contributors*. *Birth*, 51(1), 22–30. <https://doi.org/10.1111/birt.12724>
- Hutton, E. K., Reitsma, A. H., & Kaufman, K. (2016). Outcomes associated with planned home birth among women in low-risk pregnancies. *CMAJ*, 188(5), E80–E90. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150564>
- Jordan, B. (1993). *Birth in four cultures: A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States* (4^a ed.). Prospect Heights: Waveland Press.
- Koettker, J. G., Brüggemann, O. M., Dufloth, R. M., Knobel, R., & Monticelli, M. (2012). Outcomes of planned home birth assisted by nurses, from 2005 to 2009, in Florianópolis, Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 46(4), 747-750. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000051>
- Komura, L.A. & Souza, C.M. (2017). *Assistência ao parto com a presença do acompanhante: experiências de profissionais*. Invest Educ Enferm.
- Kornelsen, J., & Hutton, E. K. (2022). *Emergency transfers in planned home births: Implications for maternal outcomes*. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 67(1), 12–19. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13245>

- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2003). *Fundamento de metodologia científica*. (5ª Ed). São Paulo: Atlas.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2010). *Fundamentos de metodologia científica* (7ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Leal, M. C., & Gama, S. G. N. (2004). Iniciativas para a humanização da assistência ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(Supl. 1), S183–S191. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000700038>
- Leal, M. C., Pereira, A. P. E., Domingues, R. M. S. M., Theme Filha, M. M., Dias, M. A. B., Nakamura-Pereira, M., & D'orsi, E. (2020). *Parto domiciliar no Brasil: Avanços e desafios para a humanização do nascimento*. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(1), e00197919. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00197919>
- Leal, M. C., Pereira, A. P. E., Domingues, R. M. S. M., Theme-Filha, M. M., Dias, M. A. B., Nakamura-Pereira, M., Bastos, M. H., & Gama, S. G. N. (2012). Parto e nascimento no Brasil: Um olhar sobre a prevalência e os fatores associados à cesariana. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(Supl. 1), S1–S15. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178913>
- Lopes, E. B., Jesus, A. G., & Oliveira, R. M. (2012). Assistência de enfermagem no puerpério: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE*, 6(3), 719–726.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2017). *Fundamentos de metodologia científica*. (7ª Ed). São Paulo : Atlas
- Martinez-Galiano, J. M., Delgado-Rodríguez, M., & Hernández-Martínez, A. (2023). *Postpartum care following home birth: Gaps in follow-up and support*. *Women and Birth*, 36(2), e164–e171. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.04.005>
- Martins, C.A.; Almeida, N.A.M. & Matos, D.V. (2019). *Parto domiciliar planejado: assistido por Enfermeiro Obstetra*. Ensayos. Enfermería Global.
- Martins, E. L., & Lima, R. S. (2018). *Parto domiciliar planejado: desafios e perspectivas para a prática segura*. *Saúde em Debate*, 42(118), 934–944.
- Medeiros, R. M. K., Teixeira, R. C., Nicolini, A. B., Alvares, A. S., Corrêa, A. C. P., & Martins, D. P. (2016). Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras

- obstétricas em um hospital de ensino. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1091-1098. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0295>
- Mendes, D. T., Oliveira, A. S., & Ferreira, M. R. (2017). *A influência do número de partos na escolha do modelo de assistência ao parto: Análise crítica e reflexões*. *Journal of Maternal Health*, 28(2), 94–101.
- Nascimento, L. F., Rocha, M. M., & Lima, M. A. (2019). *Influência da alimentação no período gestacional e os possíveis desfechos perinatais: Revisão de literatura*. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, 1(4), 45–52. [Sem DOI disponível]
- Nascimento, M. L. R., Silva, K. S. D., & Gouveia, H. G. (2010). Assistência ao parto domiciliar planejado: aspectos organizacionais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 964–970.
- Odent, M. (2002). *O renascimento do parto* (3ª ed.). São Paulo: Ground.
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Recomendações da OMS para os cuidados no parto: Um guia para a prática clínica*. Organização Mundial da Saúde.
- Pardal, L., & Lopes, E. S. (2011). *Métodos e técnicas de investigação social*. Porto: Areal Editores.
- Prodanov, C. C., & Freita, E. C. (2013). *Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. (2ª Ed). Novo Hamburgo: Feevale.
- Progianti, J. M., & Costa, R. F. (2012). Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 257-263. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200009>
- Rattner, D. (2009). Humanização na atenção obstétrica: Reflexões sobre o modelo brasileiro. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(Supl. 1), 759–768. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500008>
- Reed, R., Sharman, R., & Inglis, C. (2018). *Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1237-0>

- Reis, T. S., Silva, D. R., & Carvalho, C. A. A. (2018). *Educação perinatal como estratégia de empoderamento feminino no parto: Revisão integrativa*. Revista de Enfermagem UFPE On Line, 12(10), 2672–2680. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a237050p2672-2680-2018>
- Reitsma, A., Kikkert-Koenen, A. M., Bakker, R., et al. (2020). Perinatal outcomes of planned home birth versus planned hospital birth: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 85, 102708. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102708>
- Richards, H., & Peterson, R. (2023). *Psychological impacts of unexpected outcomes in planned home births: A qualitative study*. *Midwifery*, 117, 103573. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103573>
- Sanfelice, C. F. O., & Shimo, A. K. K. (2015). Parto domiciliar: compreendendo os motivos dessa escolha. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24(3), 875-882. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015002150014>
- Saraiva, C. A. (2021). *Metodologia de investigação científica*. Brasil: Barueri. Saraiva Editora.
- Scarf, V., Catling, C., Viney, R., & Homer, C. S. E. (2022). *Women's experiences of transfer during planned home birth: A systematic review*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 44. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04376-8>
- Silva & Meneses (2013). *Pesquisa quantitativa-metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação*. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Editora: florianópolis.
- Silva, A., Santos, B., Oliveira, R., & Lima, F. (2021). *Práticas humanizadas no parto: uma abordagem contemporânea*. São Paulo: Editora Saúde em Foco.
- Silva, F. M., Oliveira, C. C., & Santos, E. M. (2020). *Riscos e desafios do parto domiciliar no Brasil: Uma revisão integrativa da literatura*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(suppl 4), e20200280. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0280>
- Silva, L. F. & Alves, F. (2003). *A saúde das mulheres em Portugal*. Porto: Edições Afrontamento.

- Silveira, A. A., Souza, M. L., & Santos, P. R. (2019). *Compreendendo as experiências de mulheres múltiparas: O impacto nas escolhas de parto*. Revista Brasileira de Estudos em Saúde Materno-Infantil, 24(3), 217–224. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00212219>
- Sodré, T. M.; Merighi, M. A. B.; Bonadio, I.C. (2012). *Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher*. Cienc Cuid Saude.
- Souza, J. P., Gülmezoglu, A. M., Vogel, J., Carroli, G., Lumbiganon, P., Qureshi, Z., & Ortiz-Panozo, E. (2019). *Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): A cross-sectional study*. The Lancet, 381(9879), 1747–1755. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60686-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60686-8)
- Souza, M., & Torres, L. (2019). *Experiência profissional e condutas obstétricas: entre a tradição e a inovação*. Rio de Janeiro: Editora Científica Brasileira.
- Souza, R. M., Soares, L. S., Quitete, J. B., & Rodrigues, D. P. (2014). A atuação do enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado. Revista de Enfermagem UFPE on line, 8(4), 3941-3949. <https://doi.org/10.5205/reuol.5829-50065-1-ED-1.0804201438>
- Thompson, R., & Wojcieszek, A. M. (2023). *Stigma and provider bias after planned home birth: Impacts on postpartum care*. Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 37(2), 120–127. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000657>
- Vedam, S., Stoll, K., MacDorman, M., Cramer, R., Cheyney, M., & Declercq, E. (2022). *Home birth outcomes and barriers to integrated care: A national study*. Birth, 49(1), 23–32. <https://doi.org/10.1111/birt.12610>
- Wax, J. R., Lucas, F. L., Lamont, M., Pinette, M. G., Cartin, A., & Blackstone, J. (2021). *Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: A metaanalysis*. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 224(3), 221.e1–221.e16. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.09.013>

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

Zassala, C. (2021). *Iniciação a pesquisa científica*. (6ª Ed). Luanda: Mayamba Editora.

APÊNDICES

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DE RECOLHA DE DADOS

Apêndice I: Grelha de observação para puérperas atendidas no Hospital Provincial do Bengo, no I semestre de 2024.

Objectivo da observação:

- Identificar as puérperas atendidas no hospital;
- Acompanhar e avaliar os aspectos descritos na grelha

Aspectos a observar	Respostas			
	Sim	Não	Básica	Péssimo
Noção sobre consequências do parto domiciliar planeado em puérperas				
Conhecimento da medidas para a realização de partos domiciliares				
Noção sobre parto domiciliar planeado em puérperas				
Preferência do paro hospitalar				
Noção sobre factores de risco				
Aconselhamento sobre partos domiciliares				
Sensibilização das pacientes por parte dos profissionais para o parto domiciliar				

QUESTIONÁRIO

Apêndice II: Questionário direccionado aos profissionais de saúde do Hospital Provincial do Bengo, no I semestre de 2024.

Estimado (a), o presente questionário faz parte de uma pesquisa que tem como tema: **Consequência do parto domiciliar em puérperas atendidas no Hospital Provincial do Bengo, no I semestre do ano 2024.**

O questionário tem como objectivo, identificar as consequências do parto domiciliar em puérperas atendidas, e os perfis sociodemográficos dos profissionais envolvidos na nossa pesquisa.

A sua participação é muito importante, pois, servirá de objecto restrito deste estudo. Com isso, gostaríamos de esclarecer que a sua participação é totalmente voluntária, sem custo e sem ganho, e os seus dados serão mantidos confidenciais.

Responde com clareza e sinceridade as questões abaixo!

As perguntas com muitas alternativas de respostas, escolhe a alternativa que vai de acordo com a sua descrição assinalando com um X.

1- Qual é a sua faixa etária?

20-25	
25-30	
30-35	
35-40	

2- Qual é o seu nível acadêmica?

Básico	
Médio	
Licenciado	

3- Qual é o seu tempo de serviço?

5 a 10 anos	
10 a 15 anos	
15 a 20 anos	
20 a 25 anos	

4- Qual é o seu gênero?

Masculino	
Femenino	

5- Quais são as consequências do parto domiciliar planeado em púerperas?

hemorragia pós parto	
Problemas respiratórias no bebê	
Podem ocorrer danos à pélvis	
Hipotenção arterial	
Infecções neonatais	
Todas as opções acima estão certas	
Outras	

6. A hemorragia pós-parto pode ser uma das consequências do parto domiciliar planificado em puérperas?

Sim	
Não	
Talvez	

7- O parto domiciliar planificado em puérperas pode originar problemas respiratórios ao bebé e infecções neonatais ?

Sim	
Não	
Talvez	

8- É aconselhável realizar parto domiciliar planeado em puérperas?

Sim	
Não	
Talvez	

9- Que medidas devem ser adoptadas para a realização de partos domiciliare?

Busque informações.	
Tenha pessoas de confiança por perto.	
Mantenha uma alimentação saudável.	
Conhecer o seu corpo e os sinais do parto	

10. Onde há maior risco entre partos feitos no domicílio e no hospital?

Hospital	
Domicílio	

Obrigada!

QUESTIONÁRIO

Apêndice I: Questionário direccionado às puéperas atendidas no Hospital Provincial do Bengo, no I semestre de 2024.

Estimado (a), o presente questionário faz parte de uma pesquisa que tem como tema: **Consequência do parto domiciliar em puérperas atendidas no Hospital Provincial do Bengo, no I semestre do ano 2024.**

O questionário tem como objectivo, adquirir informações valiosas relacionadas a nossa abordagem.

A sua participação é muito importante, pois, servirá de objecto restrito deste estudo. Com isso, gostaríamos de esclarecer que a sua participação é totalmente voluntária, sem custo e sem ganho, e os seus dados serão mantidos confidenciais.

Responde com clareza e sinceridade as questões abaixo!

As perguntas com muitas alternativas de respostas, escolhe a alternativa que vai de acordo com a sua descrição assinalando com um X.

1- Já ouviu falar do parto domiciliar planeado?

sim	
não	

2- Algumas vez já fez parto em casa?

sim	
não	

3- Entre o parto domiciliar e hospitalar, qual prefer?

Hospitalar	
Domiciliar	

4. Você é mãe de quantos partos?

01	
02	
03	
04	
Mais que isso	

Obrigada!

ANEXOS