

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Thayná Caixeiro Queiroz

O MODELO DE ATENÇÃO AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO BRASIL

São Carlos - SP

2026

Thayná Caixeiro Queiroz

O MODELO DE ATENÇÃO AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO BRASIL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos-UFSCar- SP para Defesa de Doutorado.

Área de concentração: Enfermagem

Linha de pesquisa: Tecnologias do Cuidado e Educação em Saúde

Orientadora responsável: Profa. Dra. Jamile Claro de Castro Bussadori

São Carlos - SP

2026

FICHA CATALOGRÁFICA

Queiroz, Thayná Caixeiro

O modelo de atenção ao parto domiciliar no Brasil /
Thayná Caixeiro Queiroz -- 2026.
320f.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Carlos,
campus São Carlos, São Carlos

Orientador (a): Jamile Claro de Castro Bussadori

Banca Examinadora: Clara Fróes de Oliveira Sanfelice,

Jordana Brock Carneiro, Karina Fernandes Trevisan,

Nathalie Leister

Bibliografia

1. Parto Domiciliar Planejado. 2. Obstetrícia. 3. Modelo
de Cuidado. I. Queiroz, Thayná Caixeiro. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática
(SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Arildo Martins - CRB/8 7180

Folha de Aprovação

Defesa de Tese de Doutorado “ O Modelo de Atenção ao Parto Domiciliar Planejado no Brasil”
da candidata Thayná Caixeiro Queiroz realizada em 08 de Julho de 2026.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Jamile Claro de Castro Bussadori (UFSCar)

Profa. Dra. Clara Fróes de Oliveira Sanfelice (Unicamp)

Profa. Dra. Jordana Brock Carneiro (UERJ)

Profa. Dra. Karina Fernandes Trevisan (Insituto Poder do Partejar)

Profa. Dra. Nathalie Leister (USP)

Dedico este trabalho a todas as enfermeiras obstetras e obstetrizes que, com coragem e compromisso, persistem em transformar a assistência obstétrica no Brasil, especialmente aquelas que se dedicam ao parto domiciliar planejado, fortalecendo um cuidado mais humano, seguro e respeitoso.

AGRADECIMENTO

À Deus por tudo que Ele fez durante esse tempo e por ter me permitido viver tudo isso com muita dignidade.

Minha família, especialmente meu marido Thiago e minha filha Maitê que estiveram ao meu lado todos os dias dessa trajetória, me dando o suporte necessário para que eu seguisse meus sonhos.

À minha orientadora Jamile Bussadori que sempre acreditou em mim e desde o primeiro momento esteve ao meu lado para cada orientação e também para que eu vivesse avanços tão significativos como o processo do doutorado sanduíche.

À minha amiga Pollyana Garcia que esteve do meu lado em grande parte da construção deste trabalho e acreditou comigo neste processo.

Ao Programa de Pós-graduação do departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos juntamente com cada professor que pôde contribuir com o meu crescimento.

Ao CNPq e a Capes por me financiarem durante todos esses anos a fim de que eu pudesse contribuir com a pesquisa no nosso país.

Christine McCourt e Lucia Rocca que foram minhas supervisoras na City, University of London, por terem aberto as portas para um universo único que ampliou a visão e me fez realizar grandes sonhos, encontros e diferentes descobertas em uma cultura tão diferente.

QUEIROZ, TC. O Modelo de Atenção ao Parto Domiciliar Planejado no Brasil. 2026. Tese (Doutorado) – Programa de Pós graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2026.

Resumo

O parto domiciliar planejado é reconhecido internacionalmente como uma opção de cuidado seguro quando assistido por profissionais qualificados e articulado a sistemas de saúde estruturados. No Brasil, entretanto, sua consolidação ainda enfrenta desafios relacionados ao reconhecimento social, à integração com a rede de atenção obstétrica e à ausência de diretrizes nacionais específicas. Este estudo teve como objetivo analisar o modelo de atenção ao parto domiciliar planejado no Brasil, visando subsidiar a construção de diretrizes para sua organização, qualificação e integração à rede de atenção à saúde. A pesquisa foi desenvolvida em três etapas: uma revisão de escopo, conduzida conforme as recomendações do JBI e do PRISMA-ScR, que incluiu 13 estudos publicados entre 2012 e 2023; um estudo observacional, quantitativo, realizado por meio de questionário aplicado a 90 equipes de PDP de diferentes regiões brasileiras; e a elaboração de uma diretriz nacional fundamentada em evidências científicas e nos dados coletados. A revisão de escopo revelou práticas centradas na mulher, critérios de elegibilidade bem definidos, uso de protocolos clínicos e desafios relacionados à padronização, logística e articulação com a rede hospitalar. A etapa quantitativa evidenciou que a maioria das equipes é composta por enfermeiras obstetras e obstetrizes com mais de 10 anos de experiência, atuando em duplas ou trios, com utilização de protocolos clínicos (75,6%) e acompanhamento pré-natal realizado pelas próprias equipes (98,9%). As práticas assistenciais observadas seguem recomendações nacionais e internacionais, com destaque para o monitoramento rigoroso no pós-parto e a atenção ao recém-nascido. Persistem, entretanto, fragilidades importantes, como a dificuldade de acesso a insumos (76,7%) e a ausência de articulação formal nas transferências hospitalares. Como produto final, foi elaborada a Diretriz Nacional para a Assistência ao PDP, contendo recomendações para todas as etapas do cuidado, da triagem de risco ao pós-parto, além da criação de um meio de divulgação dos dados da pesquisa. Conclui-se que o estudo contribui para o reconhecimento técnico e político do PDP no Brasil, oferecendo subsídios para o fortalecimento de políticas públicas, qualificação da prática e ampliação do acesso seguro e equitativo a esse modelo de cuidado.

Palavras-Chave: Enfermeira Obstetra; Tocologia; Parto Domiciliar; Modelo de Assistência à Saúde.

Abstract

Planned home birth is internationally recognized as a safe model of care when attended by qualified professionals and supported by structured health systems. In Brazil, however, its consolidation still faces challenges related to social recognition, integration with the obstetric care network, and the absence of specific national guidelines. This study aimed to analyze the model of planned home birth care in Brazil, with the purpose of supporting the development of guidelines for its organization, qualification, and integration into the health care network. The research was conducted in three stages: a scoping review, carried out according to JBI and PRISMA-ScR recommendations, which included 13 studies published between 2012 and 2023; an observational quantitative study, conducted through a questionnaire administered to 90 PHB teams from different Brazilian regions; and the development of a national guideline grounded in scientific evidence and the empirical data produced. The scoping review revealed woman-centred practices, well-defined eligibility criteria, the use of clinical protocols, and challenges related to standardisation, logistics, and coordination with the hospital network. The quantitative stage showed that most teams were composed of nurse-midwives and midwives with more than 10 years of experience, working in pairs or groups of three, using clinical protocols (75.6%) and providing antenatal care themselves (98.9%). The care practices observed followed national and international recommendations, with emphasis on rigorous postpartum monitoring and newborn care. However, important weaknesses remain, such as difficulties in accessing supplies (76.7%) and the absence of formal coordination during hospital transfers. As a final product, the National Guideline for Planned Home Birth Care was developed, containing recommendations for all stages of care, from risk screening to the postpartum period, in addition to the creation of a means of disseminating the research findings. It is concluded that this study contributes to the technical and political recognition of PHB in Brazil, providing support for the strengthening of public policies, the qualification of practice, and the expansion of safe and equitable access to this model of care.

Keywords: Nurse-midwife; Midwifery; Home Birth; Model of Health Care.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Metodologia:

Figura 1 - Fluxograma de seleção das equipes participantes do estudo	36
Figura 2 - Composição da amostra da pesquisa em relação ao mapeamento da ABENFO Nacional de 2023	38
Figura 3 - Rede Nascer em Casa	41

Etapa 2:

Figura 4 - Distribuição geográfica nacional das equipes de PDP participantes da pesquisa....	48
Tabela 1 - Critérios de Elegibilidade para a assistência ao PDP	51
Tabela 2 - Critérios de exclusão por intercorrências clínicas	53
Tabela 3 - Critérios de exclusão por intercorrências obstétricas	54
Tabela 4 - Materiais disponíveis para a mulher na assistência ao PDP.....	56
Tabela 5 - Materiais disponíveis para a assistência ao RN no PDP	58
Tabela 6 - Medicamentos disponíveis em mala de atendimento no PDP	60
Tabela 8 - Razões para transferência hospitalar no pós-parto	65
Tabela 9 - Razões para transferência hospitalar neonatal.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENFO – Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiras Obstetras

ALSO - Capacitação em suporte avançado de vida em obstetrícia

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CPN - Centro de parto normal

CPNi - Centro de parto normal intra hospitalar

CPNp - Centro de parto normal peri hospitalar

DNV - Declaração de Nascido Vivo

MS - Ministério da Saúde

NHS - National Health Service

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

OMS - Organização Mundial de Saúde

OSF - Open Science Framework

PCC - População, conceito e contexto

PDP - Parto domiciliar planejado

PRISMA-ScR Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria

SIM - Sistema de Informações de Mortalidade

SINASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
2.1 TRANSIÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL.....	20
2.2 MODELO LIDERADO POR ENFERMEIRAS OBSTETRAS E OBSTETRIZES	25
2.3 EXPERIÊNCIA POSITIVA COM O PARTO E NASCIMENTO	27
3. JUSTIFICATIVA	30
4. OBJETIVO.....	30
4.1 OBJETIVO GERAL	30
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
5. PERCURSO METODOLÓGICO.....	31
5.1 ETAPA 1 – REVISÃO DE ESCOPO.....	31
5.1.1 Delineamento do Estudo	31
5.1.2 Protocolo e Registro do estudo.....	31
5.1.3 Critérios de Elegibilidade	32
5.1.4 Estratégia de busca	32
5.1.5 Extração dos dados, integração e síntese das evidências	33
5.2 ETAPA 2 – CARACTERIZAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO AO PDP NO BRASIL	34
5.2.1 Delineamento da pesquisa	34
5.2.2 Critérios de inclusão e exclusão	35
5.2.3 Período da coleta de dados	35
5.2.4 Instrumento de pesquisa.....	35
5.2.5 Termo de Consentimento	35
5.2.6 Definição da amostra e recrutamento	35
5.2.7 Análise dos dados	38
5.3 ETAPA 3 – CONSTRUÇÃO DA DIRETRIZ NACIONAL PARA ASSISTÊNCIA AO PDP	38

5.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	42
6. RESULTADOS	44
6.1 RESULTADO DA ETAPA 1 - REVISÃO DE ESCOPO.....	45
6.2 RESULTADO DA ETAPA 2 - CARACTERIZAÇÃO DAS EQUIPES E O MODELO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO DOMICILIAR NO BRASIL.....	47
6.2.1 Perfil das Profissionais e Composição das Equipes	47
6.2.2 Pré-natal e Critérios de Elegibilidade	49
6.2.3 Recursos Materiais e Condutas Intraparto	54
6.2.4 Cuidados Pós-Parto e Assistência Neonatal.....	61
6.2.5 Transferência Hospitalar e Articulação com a Rede	62
6.2.6 Protocolos Clínicos e Monitoramento da Qualidade	66
6.2.7 Discussão	67
6.2.8 Conclusão	74
6. 3 RESULTADO DA ETAPA 3 – DIRETRIZ NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO BRASIL	75
PARTE 1 – FUNDAMENTOS DO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO	82
PARTE 2 – ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO.....	96
PARTE 3 – CUIDADOS INTRAPARTO NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO	108
PARTE 4 – TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR.....	136
PARTE 5 - CONSULTAS PÓS-PARTO E CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA	141
PARTE 6 – DOCUMENTAÇÃO	145
PARTE 7 – DESCARTE E CUIDADO COM OS MATERIAIS.....	147
PARTE 8 – PROTOCOLOS	149
REFERÊNCIA - DIRETRIZ.....	166
APÊNDICES - DIRETRIZ.....	179
ANEXOS - DIRETRIZ	195
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	232

8. REFERÊNCIAS.....	233
9. APÊNDICE.....	258
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO	258
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	298
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM AS MIDWIVES DO REINO UNIDO.....	303
APÊNDICE D – IMAGENS DAS CASAS DE PARTO DO REINO UNIDO E MATERIAIS DE PDP	305
APÊNDICE E – CONVITE PARA VALIDAÇÃO TÉCNICA DA DIRETRIZ NACIONAL SOBRE PDP	307
APÊNDICE F – FORMULÁRIO DE VALIDAÇÃO TÉCNICA DA DIRETRIZ NACIONAL PARA ASSISTÊNCIA AO PDP	308
APÊNDICE G – RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO DOUTORADO SANDUÍCHE NO REINO UNIDO	310
APÊNDICE H – PÔSTER APRESENTADO NA CONFERÊNCIA DE PESQUISA SOBRE TRABALHO DE PARTO E NASCIMENTO DO REINO UNIDO	313
APÊNDICE I – PÔSTER A SER APRESENTADO NO SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO EM NOVEMBRO	314
10. ANEXOS	315
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	315
ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA	317
ANEXO C – ARTIGO SUBMETIDO – ETAPA 1.....	318
ANEXO D – ARTIGO SUBMETIDO – ETAPA 2	319
ANEXO E – RECEBIMENTO DA DIRETRIZ PELA ABENFO.....	320

APRESENTAÇÃO

Minha relação com a obstetrícia remonta à infância, por ser a mais velha entre os irmãos, pude acompanhar de perto as gestações de minha mãe e participar de sua trajetória de pré-natal, alimentando desde cedo a certeza de que a obstetrícia seria o meu caminho. No entanto, naquela época não tive a oportunidade de vivenciar partos normais, já que em minha família predominavam as cesarianas, em consonância com a realidade estatística do país. As únicas referências de nascimentos fisiológicos vinham das histórias contadas pelas minhas avós e bisavós, o que sempre me inquietou e acabou orientando minha escolha pela enfermagem.

Durante a graduação, fui uma das poucas acadêmicas que desde cedo desejava seguir na obstetrícia. Essa decisão foi sendo consolidada a partir do terceiro período, quando tive experiências de estágios extracurriculares em um hospital de referência. Ali, entre boas vivências e situações de violência obstétrica, muitas vezes não conseguia discernir o que era cuidado adequado do que era intervenção desnecessária. Foi em 2014, já formada como enfermeira, que uma nova possibilidade se abriu. Em São Paulo, mergulhei em cursos de doula, capacitação em amamentação e formação em parto domiciliar planejado. Esse contato me apresentou um “universo paralelo”, que contrastava com a realidade dura que me fazia cogitar desistir da profissão, mas que ao mesmo tempo me oferecia suporte para continuar. Nesse mesmo período em que comecei a atender como doula, iniciei minha especialização em Enfermagem Obstétrica, em Juiz de Fora, a convite de uma professora querida da graduação, que acreditava profundamente que eu deveria continuar nesse caminho. Deixei de lado as expectativas de realizar uma residência em Belo Horizonte para acreditar que poderia contribuir com uma realidade diferente na minha própria cidade. Não foi um percurso fácil. Enfrentei muitas dificuldades nos campos de estágio, vivenciei situações de violência que jamais imaginei presenciar e precisei, muitas vezes, respirar fundo para continuar acreditando que era possível construir uma assistência diferente daquela que eu via. Ainda assim, resisti, conquistei meu título e segui em frente.

Adiante, iniciei o mestrado no Rio de Janeiro, onde pude aprofundar minhas pesquisas e me aproximar do universo da prática autônoma, paralelamente ao trabalho no hospital. Mas foi em 2017 que experimentei, de fato, a plenitude da autonomia profissional que eu tanto buscava. Passei a integrar uma equipe de parto domiciliar planejado, aprendi com parteiras que abriram caminho e me aprofundei nesse modelo de assistência. Trabalhei intensamente, amei,

sofri, lutei, pari em casa durante a pandemia, experimentei o puerpério, retornei à luta, mas também reconheci meus limites. Decidi pausar a prática no ano passado para me dedicar mais à vida acadêmica, entendendo que também a partir desse lugar poderia continuar lutando, nos bastidores, mas ainda com propósito.

É justamente dessa trajetória, entre vivências pessoais e profissionais, que nasce a escolha pela temática desta pesquisa. O parto domiciliar planejado, apesar de amplamente reconhecido internacionalmente como um modelo seguro, permanece no Brasil carente de respaldo institucional, de políticas públicas consistentes e de diretrizes nacionais que fortaleçam sua legitimidade. Dar visibilidade a essa prática, às enfermeiras obstetras e obstetrizas que sustentam esse cuidado e às famílias que o escolhem, é também dar voz a uma luta coletiva por direitos, equidade e autonomia.

Durante esse percurso, tive a oportunidade de realizar um doutorado sanduíche, experiência que há muito tempo representava um sonho pessoal e acadêmico: viver fora do país e, ao mesmo tempo, conhecer de perto um sistema de saúde que possibilita uma escolha real e estruturada pelo local de parto. Passar seis meses em Londres, entrevistar midwives, conhecer casas de parto e vivenciar o cotidiano de uma universidade situada no coração da cidade foi uma experiência profundamente transformadora. Esse período me ensinou, reacendeu motivações, ampliou minha forma de enxergar a vida e fortaleceu ainda mais o desejo de contribuir para que essa realidade também possa avançar no Brasil. Embora essa já fosse uma busca presente em minha trajetória, retornei com o compromisso ainda mais intenso de transformar o conhecimento adquirido em contribuições concretas e relevantes para o contexto brasileiro.

Assim, este trabalho busca articular experiência e ciência, prática e pesquisa, em um esforço para iluminar um campo ainda pouco explorado no Brasil e contribuir para a consolidação de um modelo de atenção que respeite a fisiologia, valorize a mulher como protagonista e amplie as possibilidades de escolha no nascimento. Que esta leitura inspire reflexões, provoque diálogos e fortaleça caminhos para que possamos avançar, coletivamente, em direção a uma assistência obstétrica mais humana, segura e equitativa.

Boa leitura!

Thayná C. Queiroz

1. INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos incorporados ao cuidado no período gravídico-puerperal, a assistência ao parto e nascimento no Brasil ainda apresenta desafios importantes. A utilização inadequada de tecnologias e intervenções obstétricas pode aumentar riscos e contribuir para desfechos maternos e perinatais desfavoráveis. Nesse contexto, têm sido fortalecidas discussões sobre a necessidade de transformação do modelo obstétrico predominante, com a valorização da fisiologia do parto, centralidade da mulher no cuidado, redução de intervenções desnecessárias e uso de condutas sustentadas por evidências científicas, movimento no qual o Parto Domiciliar Planejado (PDP) emerge como uma possibilidade alinhada a esses princípios (Sanfelice; Shimo, 2015; OMS, 2018, 2025; Medina, 2020).

Ao longo da história, o nascimento passou por um processo de hospitalização e medicalização. A apropriação progressiva do saber sobre o parto pela medicina contribuiu para o deslocamento do nascimento do ambiente domiciliar e comunitário para o espaço hospitalar, afastando parteiras e enfermeiras obstetras do cenário da assistência. Esse processo foi sustentado pela compreensão de que a incorporação de tecnologias e intervenções permitiria maior controle dos riscos e maior segurança para mulheres e recém-nascidos. Entretanto, também favoreceu a construção de uma visão patológica do parto, frequentemente associada à necessidade de intervenção para garantir bons desfechos (Sousa et al., 2018; Valinho et al., 2021; Paim et al., 2025).

Com o passar do tempo, além da institucionalização do nascimento, o aumento das taxas de cesariana tornou-se uma preocupação mundial. No Brasil, essa via de nascimento cresceu progressivamente a partir da década de 1970 e, atualmente, configura-se como um importante problema de saúde pública (Valinho et al., 2021). Em 2009, as cesarianas superaram a proporção de partos vaginais no país e, segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 2025, 61,49% dos nascimentos ocorreram por via cirúrgica (Brasil, 2025).

Embora as taxas estejam elevadas tanto no setor público quanto no privado, observa-se proporção superior entre mulheres assistidas em serviços privados, com valores próximos a 88%, sendo grande parte delas eletivas. No setor público, as cesarianas também representam proporção expressiva dos nascimentos, sendo que 30% delas ocorrem antes do início do trabalho de parto (Leal; Gama, 2014; Leal et al., 2021).

Estima-se que, anualmente no Brasil um grande número de mulheres seja submetido à via cirúrgica sem indicação obstétrica adequada, o que pode elevar riscos de morbimortalidade, aumentar os custos para os serviços de saúde e reduzir a participação das mulheres nas decisões relacionadas ao nascimento (Leal; Gama, 2014). Esse cenário revela a perda da autonomia das mulheres sobre o próprio processo de parto, nem sempre recebendo informações baseadas nas melhores evidências para a escolha ou indicação da via de nascimento (Domingues et al., 2014). Além disso, o desconhecimento sobre o corpo feminino e sua fisiologia, associado à centralidade da decisão médica, pode interferir na vivência da parturição e na construção de uma assistência mais autônoma e centrada na mulher (Lima et al., 2020).

Diante desse contexto, diferentes iniciativas têm buscado contribuir para a transformação do modelo predominante no Brasil, com valorização do protagonismo da mulher, respeito à fisiologia do parto e redução da medicalização e de intervenções desnecessárias no processo de nascimento (Schneck; Riesco, 2006; Siqueira; Gradim, 2017; Reis et al., 2017). Entre essas, destacam-se os Centros de Parto Normal intra-hospitalares ou peri-hospitalares, também conhecidos como Casas de Parto, instituídos desde 1999 e atualmente fortalecidos no debate das políticas de atenção materna e neonatal (Brasil, 2015, 2024; Medina, 2022).

Esses espaços propõem uma assistência guiada por práticas humanizadas, cuidado individualizado e acompanhamento desde a gestação até o pós-parto. Além disso, a assistência em Centros de Parto Normal tem sido apontada como uma possibilidade de reorganização do cuidado obstétrico, especialmente pela inserção de enfermeiras obstetras e obstetrizes na condução da assistência ao parto de risco habitual (COFEN, 2016; WHO, 2018, 2025; Medina, 2022).

Em consonância com essas propostas de reorganização da atenção obstétrica, o PDP tem se inserido no cenário brasileiro como uma modalidade de assistência voltada a gestantes de risco habitual, baseada no planejamento prévio do cuidado e no acompanhamento por profissionais qualificados. Embora ainda pouco acessível à população brasileira, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o PDP tem ampliado sua visibilidade nos debates sobre diferentes modelos de atenção ao parto e nascimento (Sanfelice; Shimo et al., 2015; Lima et al., 2020; Valinho et al., 2021; Brasil, 2025).

Os registros oficiais indicam que os nascimentos ocorridos em domicílio representam menos de 1% no Brasil. Entretanto, a Declaração de Nascido Vivo (DNV) não possui campo específico para diferenciar o PDP daqueles que ocorrem de forma não planejada, o que dificulta a identificação precisa desse modelo no país. Essa limitação contribui para a baixa visibilidade

do PDP nos sistemas de informação e para a ausência de dados nacionais consolidados sobre sua organização e seus desfechos (Brasil, 2025).

Em países como Inglaterra, Canadá e Países Baixos, o PDP integra, em diferentes graus, as possibilidades desta assistência ao nascimento e está vinculado aos sistemas públicos de saúde. Nessas realidades, a oferta dessa assistência relaciona-se à organização de redes assistenciais, à presença de profissionais qualificados e à existência de fluxos de transferência quando necessário (Birthplace in England Collaborative Group, 2011; Cheyney et al., 2014; Vedam et al., 2014).

No Brasil, a experiência do Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte, Minas Gerais, representou uma iniciativa singular e similar de oferta do PDP financiado pelo SUS, iniciada em 2013 e encerrada em janeiro de 2024, após dez anos de assistência. Embora não tenha se consolidado como política pública nacional, essa experiência demonstra que a assistência domiciliar planejada já foi operacionalizada no contexto público brasileiro (Sanfelice et al., 2015; Cofen, 2015). Além dessa, no âmbito municipal, o Projeto de Lei nº 717/2015, de autoria das vereadoras Juliana Cardoso, Sâmia Bomfim e Luana Alves, propõe estabelecer diretrizes para o acompanhamento do PDP na rede municipal de saúde de São Paulo, porém ainda não se encontra vigente (São Paulo, 2015).

Assim, diante da limitada oferta de diferentes modelos de atenção ao parto no SUS, as Casas de Parto constituem uma das principais possibilidades de assistência centrada na fisiologia do parto e nas boas práticas obstétricas, embora também enfrentem desafios para sua consolidação e ampliação. Esse cenário evidencia que o acesso a diferentes formas de assistência ao parto permanece condicionado por fatores estruturais e socioeconômicos, uma vez que a não incorporação do PDP ao SUS restringe as possibilidades de escolha sobre o local de nascimento e contribui para a manutenção de desigualdades no acesso ao cuidado (Sanfelice; Shimo et al., 2015; Teixeira, 2018).

Estudos internacionais indicam que o PDP pode ser uma opção segura para gestantes de risco habitual quando assistido por profissionais qualificados, com critérios de elegibilidade bem definidos, disponibilidade de recursos adequados, regulamentação e integração com o sistema de saúde para acesso oportuno a serviços de emergência e transferência hospitalar, quando necessário (Birthplace in England Collaborative Group, 2011; Jonge et al., 2014; Hutton et al., 2019; Reitsma et al., 2020; Olsen, 2023). A literatura também aponta associação entre o PDP e menores taxas de intervenções obstétricas, menor morbidade materna e maior satisfação com a experiência de parto, sem diferença estatisticamente significativa na

mortalidade perinatal em contextos organizados e integrados (Hollowell et al., 2015; Jonge et al., 2014).

No Brasil, a literatura sobre o tema ainda é escassa, mas aponta elementos que dialogam com os achados internacionais, especialmente no que se refere à valorização da autonomia, à redução de intervenções e à experiência positiva das mulheres. Apesar disso, o PDP permanece como objeto de debates e controvérsias, especialmente diante da compreensão, ainda presente entre parte dos profissionais e instituições, de que o ambiente hospitalar seria sempre a opção mais segura para o nascimento (Cursino; Benincasa, 2020; Sanfelice; Shimo, 2015).

Embora o PDP ainda não conte com a sua formalização e com uma diretriz nacional consolidada, sua assistência vem sendo desenvolvida por equipes de enfermeiras obstetras e obstetrites em diferentes regiões do país (Pompeu et al., 2024). Algumas iniciativas normativas e protocolos locais ou institucionais vêm sendo produzidos nos últimos anos, porém de forma ainda pontual e heterogênea (COREN/SC, 2016, COREN/BA, 2025, COREN/SP, 2025, COFEN, 2025). Mesmo diante das evidências internacionais sobre segurança e satisfação no PDP e da existência de estudos nacionais ainda incipientes, permanece limitada a compreensão sobre como essas equipes estruturam seus modelos de atenção, incluindo composição e qualificação dos recursos humanos, disponibilidade de recursos materiais, práticas adotadas nas diferentes etapas do cuidado, protocolos utilizados, fluxos de transferência, formas de articulação com a rede e indicadores assistenciais.

Diante dessa lacuna, este estudo busca responder à seguinte pergunta: *“Quais são as características dos modelos de atenção adotados pelas equipes de parto domiciliar planejado no Brasil?”*. O escopo dessa investigação são as equipes de enfermeiras obstetras e obstetrites que atuam na assistência ao PDP no país. Espera-se que os achados contribuam para ampliar a compreensão sobre esse modelo de assistência, oferecer subsídios para sua qualificação, fortalecer o debate técnico-científico e apoiar futuras discussões sobre políticas públicas e protocolos voltados à assistência ao PDP no território nacional.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 TRANSIÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL

O modelo de atenção ao parto passou por transformações importantes ao longo da história, visto que, durante muito tempo, o nascimento ocorreu predominantemente no ambiente domiciliar, inserido no cotidiano familiar e comunitário, sendo conduzido por mulheres que acumulavam saberes práticos transmitidos entre gerações. No Brasil, esse cenário começou a

se modificar com o surgimento dos cursos de medicina e a incorporação da obstetrícia ao ensino médico, momento em que as parteiras passaram a ser gradualmente deslegitimadas pelo discurso científico e higienista em ascensão (Pereira, 2018; Carneiro, 2015).

Ao longo do século XX, transformações sociais, científicas e institucionais contribuíram para a progressiva transferência do parto do ambiente domiciliar para os serviços de saúde. Nesse processo, o nascimento passou a ser incorporado ao campo da medicina e organizado segundo a lógica hospitalar, marcada pela vigilância clínica, pela padronização de condutas e pelo uso crescente de tecnologias e intervenções sobre o corpo das mulheres. Embora essa mudança tenha favorecido importantes avanços na assistência materna e neonatal, como a redução de infecções e a ampliação da capacidade de identificação e manejo de complicações, também contribuiu para a consolidação de um modelo de atenção centrado no controle do processo de parto e nascimento (Paim et al., 2025; Pereira, 2018; Carneiro, 2015).

No entanto, nas últimas décadas, esse modelo passou a ser questionado em razão do uso excessivo de intervenções, muitas vezes realizadas sem indicação clínica, e de sua associação com desfechos desfavoráveis para mulheres e recém-nascidos. A centralidade da técnica e da intervenção contribuiu para a redução do protagonismo feminino e para a desconsideração de aspectos fisiológicos, emocionais, sociais e culturais do parto (Livinhale, 2018; Carneiro, 2015). Nesse contexto, relatos de desrespeito, maus-tratos e abusos vivenciados por mulheres durante a gestação, o parto e o nascimento passaram a ser reconhecidos como expressões de violência obstétrica (Katz et al., 2020).

As críticas ao modelo obstétrico intervencionista ganharam força a partir da década de 1980, impulsionadas por movimentos sociais de mulheres, profissionais de saúde, pesquisadores e organizações da sociedade civil. Esses movimentos reivindicavam a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, a melhoria da assistência ao parto e nascimento e a valorização da autonomia das mulheres nos processos de cuidado. Nesse cenário, o conceito de humanização do parto emergiu como resposta à institucionalização excessiva e à adoção de práticas padronizadas que desconsideravam a individualidade da gestante (Enlace, 2022, Pereira, 2018). Para Rattner (2009), a humanização não se restringe ao uso de tecnologias menos invasivas, mas envolve a construção de um modelo de atenção baseado no respeito aos direitos das mulheres, na autonomia da parturiente e na valorização do vínculo entre profissional e pessoa cuidada.

No Brasil, algumas políticas públicas contribuíram para a construção desse debate, em 1984, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), considerado

um marco no reconhecimento dos direitos reprodutivos e na ampliação da atenção à saúde das mulheres. Posteriormente, em 2004, o programa foi consolidado como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), assumindo como princípios a integralidade, o enfoque de gênero, raça e etnia, e a promoção da saúde em todas as fases do ciclo de vida (Brasil, 2004; Bezerra et al., 2024).

No campo específico do parto e nascimento, a criação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), em 1993, teve papel relevante na defesa de uma assistência baseada em evidências científicas, no respeito aos direitos das mulheres e nas recomendações da OMS. A rede participou de movimentos importantes no país e tornou-se referência na consolidação da agenda contemporânea de humanização do parto (Rattner et al., 2010). Em 1999, a Portaria nº 985 instituiu os Centros de Parto Normal, ampliando as possibilidades de atuação de enfermeiras obstetras e obstetrizes na assistência ao parto de risco habitual (Brasil, 1999).

Como parte desse movimento, em 2000 foi instituído o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), representando uma iniciativa importante para a qualificação da atenção obstétrica no SUS e para a promoção de uma assistência mais digna e respeitosa no período gravídico-puerperal (Brasil, 2000; Rattner, 2009).

Outros marcos também contribuíram para essa reorganização, como a Lei do Acompanhante, em 2005, e a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, criada no mesmo ano. Em 2011, a Rede Cegonha estruturou uma proposta de atenção materno-infantil voltada à garantia dos direitos humanos, ao respeito à diversidade, à promoção da equidade, ao enfoque de gênero e à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos (Brasil, 2011). Ao estabelecer a humanização como um de seus eixos, a Rede Cegonha fortaleceu a discussão sobre boas práticas, cuidado centrado na fisiologia do parto e atuação da enfermagem obstétrica (Bezerra et al., 2024).

Apesar desses avanços, a assistência ao nascimento no Brasil permanece marcada por uma lógica hospitalocêntrica, por altas taxas de cesariana e por desafios persistentes relacionados à mortalidade materna e à qualidade da atenção obstétrica (Brasil, 2025; Leal et al., 2021; Sanfelice; Shimo et al., 2015). Desde 1985, a comunidade científica internacional recomenda que as taxas de cesariana se mantenham entre 10% e 15%, e a OMS alerta que taxas superiores a esse limite não estão associadas à redução da mortalidade materna e neonatal, podendo aumentar riscos para mulheres e bebês (OMS, 2015).

A pesquisa Nacer no Brasil evidenciou a permanência de práticas intervencionistas no parto hospitalar, entre 2011 e 2012, apenas 5% das mulheres que pariram em ambiente hospitalar não receberam intervenções. Entre as práticas mais frequentes, foram identificadas litotomia, episiotomia, amniotomia, uso de ocitocina e manobra de Kristeller. Em relação às boas práticas, a movimentação, a alimentação durante o trabalho de parto e o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor foram registrados em proporções inferiores ao recomendado (Leal et al., 2014).

Nesse cenário, o Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS) vêm reforçando a necessidade de qualificar a assistência ao parto e nascimento, com foco na segurança, na redução de intervenções desnecessárias, na melhoria da experiência das mulheres e no fortalecimento da autonomia no processo de cuidado (Sanfelice; Shimo et al., 2015; WHO, 2021; Brasil, 2024). A reestruturação da Rede Cegonha, em 2024, sob o nome de Rede Alyne, reafirmou a necessidade de reduzir a mortalidade materna, ampliar a integração entre maternidades e Atenção Primária à Saúde, fortalecer a regulação obstétrica e incorporar marcadores relacionados à equidade étnico-racial, à vulnerabilidade social e à prática baseada em evidências (Brasil, 2024; Zanatta; Salvaro, 2025).

Nesse mesmo campo de transformação, documentos internacionais têm reforçado a importância de modelos assistenciais capazes de ampliar o acesso ao parto vaginal, melhorar a experiência das mulheres, reduzir iniquidades em saúde e otimizar os recursos dos sistemas de atenção materna e neonatal. Entre as estratégias recomendadas, destacam-se modelos de cuidado centrados na fisiologia do parto, na atuação de profissionais qualificados e na continuidade da assistência, considerados relevantes para o fortalecimento da qualidade do cuidado e para o alcance das metas globais de saúde materna e neonatal estabelecidas pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para 2030 (ONU, 2015; WHO, 2024).

No processo de reorganização do cuidado, a atuação de enfermeiras obstetras e obstetrites ocupa lugar estratégico. A inserção dessas profissionais no cenário do parto tem sido apontada como uma possibilidade de fortalecer experiências de cuidado mais seguras, satisfatórias e centradas nas mulheres e famílias (Enlace, 2022). Além disso, a criação e ampliação de maternidades e Centros de Parto Normal, previstas em políticas recentes, evidenciam a importância da enfermagem obstétrica na construção de novos arranjos assistenciais no país (COFEN, 2024).

Paralelamente, movimentos da sociedade civil e de entidades profissionais têm impulsionado o debate sobre a necessidade de uma reforma obstétrica no Brasil. Em 2025, a

Rede Nacional Feminista de Saúde, com apoio do COFEN e da Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiros Obstetras, passou a impulsionar o movimento “Reforma Obstétrica no Brasil já!”, voltado à defesa de um modelo de assistência baseado em evidências científicas, centrado na fisiologia do parto e sustentado por equipes multiprofissionais (COFEN, 2025). Essa mobilização expressa a permanência de disputas em torno do modelo obstétrico brasileiro e a necessidade de avançar na construção de formas de cuidado mais respeitosas, seguras e centradas nas necessidades das mulheres.

Embora o PDP não esteja consolidado como política pública no Brasil, ele pode ser compreendido como um modelo que tensiona o modelo hospitalocêntrico predominante e expressa possibilidades de mudança na assistência ao nascimento. Ao valorizar a fisiologia do parto, a escolha informada do local de nascimento, a autonomia da mulher e a continuidade do cuidado, este modelo dialoga com princípios presentes nas políticas de humanização, nas recomendações internacionais e nos modelos liderados por enfermeiras obstetras e obstetristas. No entanto, sua prática ainda ocorre de forma restrita, predominantemente no âmbito privado e sob organização de equipes autônomas (Pompeu et al., 2024 Paim et al., 2025; Cursino, Benincasa, 2020).

A medicina contemporânea brasileira, em muitos contextos, ainda interpreta o PDP como uma forma de retrocesso, sustentando a narrativa de que o nascimento em ambiente extra-hospitalar não seria compatível com os recursos científicos e tecnológicos disponíveis (FEBRASGO, 2018; SBP, 2018; CRM-PR, 2020). Esse argumento associa o parto domiciliar ao aumento de riscos para mulheres e recém-nascidos. Entretanto, essa crítica precisa ser analisada à luz das evidências que questionam tanto a segurança de práticas intervencionistas desnecessárias no ambiente hospitalar quanto a necessidade de modelos de cuidado mais adequados às gestantes de risco habitual (Cursino; Benincasa, 2020).

Assim, a trajetória da assistência obstétrica no Brasil revela um campo marcado por disputas entre a institucionalização do nascimento, a medicalização do parto e os movimentos de valorização da fisiologia, da autonomia e dos direitos das mulheres. Nesse contexto, o PDP não deve ser apresentado como substituto da assistência hospitalar, mas como um modelo de cuidado adicional que pode contribuir para o debate sobre mudança de modelo assistencial. Sua estruturação, formalização e articulação com a rede de atenção à saúde podem colaborar para ampliar o acesso a práticas baseadas em evidências, reduzir intervenções desnecessárias e fortalecer a construção de um sistema de saúde mais inclusivo, seguro e centrado nas mulheres, recém-nascidos e famílias. Ainda que o PDP permaneça ausente de forma institucionalizada no

Brasil, sua presença no debate obstétrico permite ampliar a reflexão sobre diferentes possibilidades de organização do cuidado ao nascimento.

2.2 MODELO LIDERADO POR ENFERMEIRAS OBSTETRAS E OBSTETRIZES

A discussão sobre a mudança do modelo assistencial ao parto e nascimento envolve a valorização de profissionais qualificadas para acompanhar gestações de risco habitual, promover a fisiologia do parto e reconhecer a mulher como sujeito central do cuidado. Nesse contexto, os modelos liderados por enfermeiras obstetras e obstetrizes, internacionalmente reconhecidas como *midwives*, têm sido apontados como uma forma de organização da assistência capaz de favorecer a continuidade do cuidado, a redução de intervenções desnecessárias e a construção de experiências mais positivas no parto e nascimento (Sandall et al., 2024; Hutton et al., 2019; WHO, 2021).

Esse modelo não pressupõe a exclusão de outros profissionais da rede de atenção, mas a centralidade das enfermeiras obstetras e obstetrizes na condução do cuidado à gestação, ao trabalho de parto, parto, nascimento e pós-parto em situações de risco habitual. Sua organização se baseia no acompanhamento contínuo, na construção de vínculo, na tomada de decisão compartilhada, na valorização da fisiologia do nascimento e na identificação oportuna de situações que demandem cuidado compartilhado ou assistência em serviços de maior complexidade (Sandall et al., 2024; NICE, 2021; WHO, 2024).

Evidências científicas têm demonstrado benefícios associados a esse modelo de cuidado. Revisões sistemáticas e metanálises indicam que modelos liderados por enfermeiras obstetras e obstetrizes estão associados à redução de intervenções obstétricas, como cesarianas, episiotomias e uso de ocitocina, além de apresentarem resultados neonatais semelhantes quando comparados a modelos tradicionais de atenção ao parto de risco habitual (Sandall et al., 2024; Hutton et al., 2019). Além dos desfechos clínicos, esses modelos também se relacionam à maior satisfação das mulheres, ao fortalecimento da autonomia e à ampliação da participação da mulher nas decisões sobre seu cuidado (Lancet, 2014; NICE, 2021; WHO, 2024).

No cenário internacional, a atuação de *midwives* como profissionais centrais na atenção ao parto de risco habitual está consolidada em países como Reino Unido, Canadá, Países Baixos e Nova Zelândia. Nesses contextos, elas integram os sistemas de saúde e atuam em diferentes locais de nascimento, incluindo hospitais, centros de parto e domicílios. Diretrizes internacionais, como as do *National Institute for Health and Care Excellence*, reconhecem o

modelo de continuidade do cuidado liderado por *midwives* como uma estratégia qualificada para a assistência ao parto de risco habitual (NICE, 2021, Ontario, 2017; Walsh, 2012).

Esse reconhecimento também aparece em documentos globais. O relatório *State of the World's Midwifery* destaca que o investimento em modelos de cuidado liderados por estas profissionais pode contribuir para a redução de mortes maternas, neonatais e de natimortos, além de favorecer melhores desfechos em saúde, maior satisfação das usuárias e uso mais eficiente dos recursos disponíveis (WHO, 2021). Mais recentemente, a OMS reforçou a necessidade dessa transição para modelos de cuidado, reconhecendo sua contribuição para a qualidade assistencial, a autonomia, a equidade e os direitos humanos no campo da saúde sexual, reprodutiva, materna e neonatal (WHO, 2024).

No Brasil, a atuação das enfermeiras obstetras e obstetrizes possui respaldo legal e normativo. A Lei nº 7.498/1986 e o Decreto nº 94.406/1987 regulamentam o exercício profissional da enfermagem e reconhecem a atuação dessas profissionais na assistência à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido, incluindo a realização do parto sem distocia (Brasil, 1986; Brasil, 1987). Mais recentemente, esse respaldo foi reafirmado pelo Superior Tribunal de Justiça, no Recurso Especial nº 2.099.736/RJ, ao reconhecer a possibilidade de atuação autônoma da enfermeira obstétrica na execução de parto domiciliar sem distocia, independentemente da presença ou assistência direta de profissional médico (COFEN, 2025).

Além disso, observa-se o fortalecimento de espaços e estratégias que ampliam sua atuação, como os Centros de Parto Normal, as casas de parto, os programas de formação em enfermagem obstétrica e as iniciativas voltadas à incorporação de práticas baseadas em evidências (Brasil, 1999; Lima et al., 2020; Brasil, 2024). Mais recentemente, o Conselho Federal de Enfermagem publicou normativa específica sobre a atuação de enfermeiras obstetras e obstetrizes na assistência ao PDP, estabelecendo parâmetros para essa prática profissional no país (COFEN, 2024; COFEN, 2025).

Na assistência ao PDP, este modelo tem sido marcado predominantemente pela atuação de enfermeiras obstetras e obstetrizes em formato privado e autônomo, com organização baseada, em grande parte, em recomendações internacionais e em normativas profissionais recentes (Mata, 2017). Embora a prática encontre respaldo na regulamentação do exercício profissional da enfermagem, ainda são poucos os documentos nacionais específicos que orientam a assistência ao PDP. Entre as iniciativas existentes, destacam-se o parecer técnico do COREN de Santa Catarina, publicado em 2016, que estabeleceu critérios para a assistência no estado; a Resolução COFEN nº 786/2025, que normatiza a atuação de enfermeiras obstétricas

e obstetras na assistência à mulher, ao recém-nascido e à família no PDP; e o Protocolo de Assistência ao Parto Domiciliar Planejado por Enfermeiras Obstetras e Obstetras, publicado pelo COREN da Bahia em 2025 (COREN/SC, 2016; COFEN, 2025; COREN/BA, 2025).

No âmbito do PDP, as enfermeiras obstetras e obstetras assumem papel central na organização e condução da assistência. Essa atuação envolve a avaliação de elegibilidade, o acompanhamento pré-natal, o planejamento do parto, a elaboração de planos de transferência, o monitoramento materno-fetal, o cuidado imediato à mulher e ao recém-nascido e o seguimento pós-parto. Dessa forma, o PDP se aproxima dos princípios dos modelos liderados por enfermeiras obstetras e obstetras ao priorizar continuidade do cuidado, vínculo, autonomia, escolha informada e respeito à fisiologia do nascimento (Sandall et al., 2024; Medina, 2020; Cursino; Benincasa, 2020).

Entretanto, a segurança e a qualidade desses modelos de cuidado dependem não apenas da qualificação profissional, mas também da articulação com diretrizes clínicas, protocolos assistenciais, recursos adequados e mecanismos efetivos de integração à rede de atenção à saúde (NICE, 2021; WHO, 2024; COFEN, 2024). Nesse sentido, o debate sobre a atuação de enfermeiras obstetras e obstetras ultrapassa a dimensão profissional e alcança aspectos estruturais da organização da assistência obstétrica. No caso do PDP, essa discussão evidencia tanto as potencialidades de um cuidado centrado na mulher e na fisiologia do parto quanto os desafios relacionados ao reconhecimento institucional, à regulação e à integração com os demais pontos da rede de atenção.

2.3 EXPERIÊNCIA POSITIVA COM O PARTO E NASCIMENTO

A experiência com o parto e nascimento constitui uma dimensão central da qualidade da assistência obstétrica, pois envolve a forma como a mulher vivencia o cuidado recebido, para além dos desfechos clínicos maternos e neonatais. Para a OMS, a assistência ao parto deve assegurar cuidado respeitoso, comunicação efetiva, apoio contínuo, privacidade, dignidade e participação ativa da mulher nas decisões relacionadas ao seu corpo, ao nascimento e ao cuidado com o recém-nascido (WHO, 2018).

Nessa perspectiva, uma vivência satisfatória do parto está relacionada à possibilidade de a mulher estar acompanhada por uma pessoa de sua escolha, ter suas preferências consideradas, receber informações claras, utilizar métodos de alívio da dor, adotar posições que favoreçam seu conforto e parir em um ambiente que proporcione confiança e segurança. Esses elementos contribuem para que o nascimento seja compreendido não apenas como um evento

clínico, mas como uma experiência corporal, emocional, familiar e socialmente significativa (Miller et al., 2016; WHO, 2018; Bohren; Tunçalp; Miller, 2020).

As recomendações da OMS reforçam que, para a maioria das mulheres de risco habitual, o trabalho de parto e o parto constituem processos fisiológicos que não devem ser submetidos a intervenções rotineiras sem indicação clínica. Assim, a qualidade da assistência depende da capacidade de reconhecer o curso fisiológico do nascimento, oferecer suporte contínuo e intervir oportunamente quando necessário. Desse modo, a valorização da vivência da mulher não se opõe à segurança clínica, mas pressupõe um cuidado capaz de equilibrar vigilância, tomada de decisão compartilhada e respeito às escolhas informadas (WHO, 2018).

Miller et al. (2016) e Bohren et al., (2020) destacam que a assistência ao parto pode ser prejudicada tanto pela demora na realização de intervenções necessárias quanto pela adoção precoce ou excessiva de intervenções desnecessárias. No contexto brasileiro, Diniz (2009) também problematiza esse paradoxo ao discutir a superestimação dos benefícios das tecnologias e a subestimação dos desconfortos e efeitos adversos das intervenções no parto. Esses extremos podem repercutir nos desfechos maternos e neonatais e também comprometer a vivência subjetiva da mulher. Nesse sentido, a promoção de um cuidado qualificado requer atenção individualizada, sensível às necessidades clínicas, emocionais e sociais, e orientada pela melhor evidência disponível.

A participação da mulher na tomada de decisão ocupa lugar central nesse debate, pois o acesso à informação, o reconhecimento da autonomia e a possibilidade de escolhas conscientes favorecem o protagonismo feminino no processo de parto e nascimento (WHO, 2018). Nessa direção, experiências de parto marcadas por apoio, informação adequada, escuta e cuidado respeitoso podem fortalecer a confiança materna, favorecer a vivência da mulher no puerpério e contribuir para a vinculação com o recém-nascido e para a autoeficácia na amamentação (Power; Williams; Brown, 2019; Naginevičiūtė, Bartusevičienė e Blaževičienė, 2026).

Por outro lado, experiências negativas ou percebidas como traumáticas, especialmente quando associadas ao medo, à perda de controle, a intervenções não consentidas, à comunicação inadequada ou à ausência de apoio, têm sido relacionadas a maior sofrimento psíquico no pós-parto, incluindo sintomas de ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático relacionado ao nascimento. Essas repercussões podem afetar não apenas o bem-estar materno, mas também a qualidade da interação entre a mulher e o recém-nascido, a construção do vínculo e os processos iniciais de cuidado, aspectos relevantes para o desenvolvimento infantil e para a

saúde materno-infantil (Slomian et al., 2019; Van Sielegheem et al., 2022; Naginevičiūtė, Bartusevičienė e Blaževičienė, 2026).

A qualidade da experiência também depende da relação estabelecida entre profissionais, mulheres e famílias. O cuidado digno, respeitoso e individualizado exige escuta, vínculo, sensibilidade e construção de confiança. A comunicação efetiva e a troca de informações favorecem o envolvimento da mulher e de sua família, reduzem medos e inseguranças e contribuem para uma vivência mais segura e satisfatória do nascimento (Downe et al., 2015; Downe et al., 2018; Pereda, 2019).

No contexto do PDP, esse referencial permite compreender a escolha pelo domicílio não apenas como definição do local de nascimento, mas como parte de um modo de vivenciar o parto. Para algumas mulheres e famílias, o ambiente domiciliar pode representar privacidade, familiaridade, liberdade de movimento, presença de pessoas escolhidas e menor exposição a intervenções rotineiras. Quando planejado, conduzido por profissionais qualificadas e sustentado por critérios de elegibilidade, recursos adequados e plano de transferência, o PDP pode favorecer uma assistência centrada na mulher, na família e no recém-nascido (Sanfelice e Shimo, 2015; Hauck et al., 2020; Volpato et al., 2021).

No contexto brasileiro, discutir a qualidade da experiência no parto também implica reconhecer que a possibilidade de escolha do local de nascimento não está igualmente disponível para todas as mulheres. No caso do PDP, a ausência de incorporação estruturada ao sistema público de saúde restringe o acesso a esse modelo, que permanece majoritariamente vinculado à contratação privada (Pompeu et al., 2024). Assim, essa dimensão não deve ser compreendida apenas como uma vivência individual, mas também como resultado das condições de acesso, da organização dos serviços, da informação qualificada e da existência de redes capazes de sustentar escolhas seguras e informadas.

Dessa forma, esse referencial oferece sustentação teórica para analisar o PDP a partir da forma como o cuidado é organizado, como as decisões são compartilhadas, como a segurança é planejada e como a mulher é reconhecida em sua autonomia, seus valores e suas necessidades. Para esta pesquisa, essa perspectiva contribui para interpretar o modelo de assistência ao PDP no Brasil, considerando que a qualidade do cuidado envolve, simultaneamente, segurança clínica, respeito à fisiologia, continuidade da assistência e valorização da vivência das mulheres e famílias.

3. JUSTIFICATIVA

A assistência ao PDP insere-se no debate sobre a mudança do modelo obstétrico, especialmente ao propor uma forma de cuidado orientada pelas boas práticas, pela valorização da fisiologia do parto e cuidado centrado na mulher, pela redução de intervenções desnecessárias e pela ampliação da atuação de enfermeiras obstetras e obstetrizes na assistência ao nascimento. Nesse contexto, o PDP pode contribuir para a retomada da individualização do cuidado, ao considerar as escolhas, necessidades e preferências da mulher durante o planejamento da assistência e ao favorecer maior autonomia, respeito e participação ao longo do período gravídico-puerperal (Schneck; Riesco, 2006; Siqueira; Gradim, 2017).

Apesar da existência de experiências brasileiras de assistência nesse modelo, ainda são limitadas as informações sistematizadas sobre como este tem sido organizado no país. A ausência de um retrato nacional sobre os elementos que compõem essa assistência, a inexistência de uma diretriz e a pouca disponibilidade de protocolos limita a formulação de estratégias de qualificação, dificulta sua integração à rede de atenção à saúde e mantém o debate nacional sustentado por dados ainda fragmentados.

Produzir uma descrição do modelo de assistência ao PDP no Brasil, com base na atuação de enfermeiras obstetras e obstetrizes, torna-se, portanto, necessário e oportuno. Essa caracterização permite ampliar o conhecimento sobre a realidade nacional, identificar formas de organização do cuidado, reconhecer recursos disponíveis, práticas assistenciais, protocolos, fluxos de transferência e indicadores utilizados pelas equipes.

Desse modo, esta pesquisa pode contribuir para qualificar o debate técnico-científico, subsidiar a construção ou atualização de protocolos, favorecer discussões sobre equidade de acesso no território nacional e apoiar futuras políticas públicas voltadas à organização segura, integrada e qualificada do PDP. Ao mesmo tempo, poderá colaborar para o debate sobre autonomia reprodutiva, protagonismo das mulheres e garantia de direitos no campo da atenção ao parto e nascimento.

4. OBJETIVO

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o modelo de atenção ao Parto Domiciliar Planejado no Brasil, visando subsidiar a construção de diretrizes para sua organização, qualificação e integração à rede de atenção à saúde.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Mapear a produção científica sobre as características do modelo de atenção ao parto domiciliar planejado no Brasil, oferecido por enfermeiras obstetras e obstetrizas;
- b) Caracterizar o modelo de atenção ao parto domiciliar planejado prestado por equipes de enfermeiras obstetras e obstetrizas no território nacional, em relação aos recursos humanos e materiais, protocolos de cuidado e indicadores de boas práticas no parto e nascimento;
- c) Elaborar uma Diretriz Nacional para a Assistência ao PDP levando em consideração os achados desta investigação.

5. PERCURSO METODOLÓGICO

A presente pesquisa foi desenvolvida em três etapas, cada uma orientada por um percurso metodológico específico, conforme apresentado a seguir:

5.1 ETAPA 1 – REVISÃO DE ESCOPO

5.1.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de uma revisão de escopo que busca sintetizar as evidências científicas disponíveis sobre temas complexos e pouco explorados, estruturada conforme diretrizes metodológicas do JBI (Aromataris, 2020), além do Checklist *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) para a escrita do relatório final. (Peters, 2015; Peters et al., 2020). Foram seguida as seguintes etapas: (1) estabelecimento da questão de pesquisa; (2) identificação de estudos relevantes; (3) seleção e inclusão de estudos; (4) organização dos dados; (5) compilação, síntese e relato dos resultados (Peters et al., 2020).

5.1.2 Protocolo e Registro do estudo

O protocolo desta revisão foi registrado na plataforma *Open Science Framework* (OSF), sob o registro DOI: 10.17605/OSF.IO/F5UGM. A consulta pode ser realizada no link <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/F5UGM>. Nenhum outro estudo ou registro semelhante foi identificado no OSF, *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS) ou na *National Library of Medicine* (PubMed) antes do registro deste protocolo.

5.1.3 Critérios de Elegibilidade

Para a construção da questão de pesquisa e os critérios de elegibilidade utilizou-se o mnemônico PCC (população, conceito e contexto) sugerido pelo JBI, (Peters, 2015; Peters et al., 2020), em que “População” foram as Enfermeiras Obstetras e Obstetrizes, “Conceito” o modelo de atenção ao parto e “Contexto” os partos domiciliares no Brasil. Como modelo de atenção à saúde, adotou-se o conceito de Paim (2008), que o define como a organização de tecnologias voltadas para atender às necessidades de saúde da população. Esse modelo integra aspectos gerenciais, organizativos e relacionais mediados por tecnologias materiais e imateriais aplicadas ao cuidado e ao trabalho em saúde. A dimensão gerencial refere-se à reorganização das ações e serviços de saúde, enquanto a organizativa estrutura a relação entre as unidades de atendimento, considerando a hierarquia dos níveis de complexidade do cuidado. Já a dimensão técnico-assistencial envolve a interação entre profissionais e usuários, mediada pelo conhecimento e pela tecnologia nos diferentes níveis de atenção: promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação.

Após a realização da busca, incluíram-se as pesquisas disponíveis na íntegra com diferentes delineamentos metodológicos, publicadas em fontes indexadas que respondessem à pergunta, “Como a assistência ao parto domiciliar planejado prestada por enfermeiras obstetras e obstetrizes no Brasil é organizada e praticada, e quais desfechos são relatados na literatura?”, com públicos de Enfermeiras Obstetras e Obstetrizes, que abordassem processos e práticas assistenciais, recursos humanos e materiais, protocolos de cuidado e indicadores de boas práticas no parto domiciliar planejado no Brasil. Foram incluídos artigos, dissertações, teses e guidelines, sem recorte temporal, publicados em qualquer idioma.

Não foram incluídas as publicações que não responderam à questão de pesquisa, que envolviam partos domiciliares não planejados e partos atendidos por parteiras tradicionais ou médicos, estudo de acesso restrito cujo pedido de solicitação não foi atendido, além das publicações classificadas como opiniões, retrações, websites e propagandas veiculadas em mídias.

5.1.4 Estratégia de busca

Com o apoio de uma bibliotecária, foram identificadas as fontes de buscas, sendo elas, a) Portais: BVS, Pubmed e Pubmed PMC; b) Base de dados: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL-EBsco)*, *Cochrane Library*, *Scopus*, *Web of Science Core Collection (Clarivate Analytics)* e *EMBASE (Elvesier)*, *SciELO*, Biblioteca Brasileira de Teses e

Dissertações (BTDT); c) Repositórios: Teses & Dissertações Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), *Cybertesis*. Estas foram agrupadas conforme suas características em comum.

A definição de descritores controlados foi referenciada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), termos MeSH (*Medical Subject Headings*), CINAHL *headings* e EMTREE e juntamente com as palavras-chave encontradas na etapa anterior permitiram a construção da seguinte estratégia de busca, *"Nurse Midwives" AND ("Healthcare Models" OR Midwifery) AND "Home Childbirth" AND BRAZIL*.

Essa estratégia foi inicialmente aplicada no Pubmed da seguinte maneira, (Nurse Midwives[MeSH Terms]) OR ("Nurse Midwives"[Title/Abstract] OR "Nurse-Midwives"[Title/Abstract] OR "Nurse-Midwife"[Title/Abstract] OR "Nurse Midwife"[Title/Abstract])) AND (("Healthcare Models"[Title/Abstract]) OR ((Midwifery[MeSH Terms]) OR (Midwifery[Title/Abstract] OR Midwives[Title/Abstract] OR Midwife[Title/Abstract]))) AND (((Home Childbirth[MeSH Terms]) OR ("Home Childbirth"[Title/Abstract] OR "Childbirth at Home"[Title/Abstract] OR "Home Birth"[Title/Abstract] OR "Home Births"[Title/Abstract] OR "Childbirths at Home"[Title/Abstract])) OR ("home delivery"[Title/Abstract]))) AND (BRAZIL OR BRASIL OR BRAZILIAN OR BRAZILIANS) e no Bireme, (((("Nurse Midwives" OR "Nurse-Midwives" OR "Nurse-Midwife" OR "Nurse Midwife") OR ("Certified Nurse Midwives")) AND (("Healthcare Models") OR (midwifery OR midwives OR midwife) AND (("Home Childbirth" OR "Childbirth at Home" OR "Home Birth" OR "Home Births" OR "Childbirths at Home") OR ("home delivery")))) AND (brazil OR brasil OR brazilian OR brazilians). Posteriormente, a estratégia de busca foi adaptada para cada base de dados e repositório selecionado, utilizando os operadores booleanos OR e AND, conforme apresentado na Tabela Suplementar 2.

5.1.5 Extração dos dados, integração e síntese das evidências

A partir da primeira busca nos bancos de dados, as referências selecionadas foram importadas para o software gerenciador de bibliografias EndNote Web® para a identificação e remoção de artigos duplicados. Após essa etapa, 28 artigos foram enviados para o software *Rayyan*® para a primeira análise.

Todo o processo foi conduzido por pesquisadoras previamente capacitadas na metodologia da revisão e no uso dos softwares. A seleção dos estudos ocorreu de forma

independente, assegurando rigor e imparcialidade na triagem. Cada fase de seleção foi acompanhada por um consenso entre pares, e eventuais divergências foram resolvidas com a mediação de um terceiro pesquisador. Todos os revisores que participaram das diferentes etapas foram nomeados como autores deste manuscrito.

A primeira fase consistiu na leitura dos títulos e resumos. Os estudos que atenderam aos critérios de inclusão e à questão de pesquisa avançaram para a segunda fase, totalizando 19 artigos. Esses foram analisados integralmente. Em seguida, foram realizadas buscas manuais nas referências dos estudos incluídos para identificar possíveis publicações adicionais, porém nenhum novo estudo foi encontrado para inclusão. Por fim, 13 artigos foram selecionados e analisados nesta revisão.

Todo o processo de leitura e seleção dos estudos ocorreu entre janeiro e março de 2024. Em dezembro de 2024 foi realizada uma nova busca para atualização, porém nenhum novo estudo foi incluído.

Para a extração dos conteúdos dos estudos selecionados aplicou-se um instrumento estruturado pelos próprios autores considerando as seguintes variáveis: título, autor, ano da publicação, abordagem do estudo, resultados e descobertas relevantes para a revisão de escopo, sendo apresentadas na Tabela Suplementar 3. As informações extraídas foram sistematicamente organizadas e sintetizadas, conforme apresentado nas Tabelas 1 e 2 e os resultados da síntese dos dados foram expostos em um resumo narrativo, proporcionando uma visão abrangente da literatura existente sobre o modelo de assistência ao PDP no Brasil.

5.2 ETAPA 2 – CARACTERIZAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO AO PDP NO BRASIL

5.2.1 Delineamento da pesquisa

Para caracterizar o modelo de atenção prestado pelas equipes de PDP no território nacional, foi realizado um estudo observacional, transversal, de abordagem quantitativa, descritiva e exploratória, conduzido conforme as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). Esse delineamento foi adotado por permitir a descrição de um campo ainda pouco explorado na literatura nacional. A população do estudo foi composta por equipes de PDP atuantes no Brasil, formadas por enfermeiras obstetras e/ou obstetrizes.

5.2.2 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas equipes compostas por enfermeiras obstetras e/ou obstetrizes que atuavam na assistência ao PDP no Brasil há pelo menos seis meses ou que tivessem atendido ao menos um parto domiciliar nos 30 dias anteriores à resposta.

Foram excluídas respostas duplicadas de uma mesma equipe, mantendo-se apenas uma resposta por equipe. As equipes que não responderam ao convite após três tentativas de contato foram consideradas perdidas por não resposta.

5.2.3 Período da coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2024 e março de 2025, utilizando um formulário estruturado na plataforma *Google Forms*® (Apêndice A), adaptado da pesquisa “Nascer nas Casas de Parto” para o contexto domiciliar e cedido pela coordenação (Leister et al., 2025).

5.2.4 Instrumento de pesquisa

O instrumento de coleta foi constituído por 138 questões abertas e fechadas, distribuídas em eixos referentes ao modelo de atenção ao parto domiciliar planejado, recursos humanos e materiais, protocolos assistenciais e indicadores de boas práticas. Antes da coleta, realizou-se um pré-teste com três especialistas, o que permitiu avaliar a compreensão das questões, a adequação da sequência e a consistência das respostas esperadas. A partir dessas contribuições, foram realizados ajustes no instrumento, com o objetivo de favorecer sua clareza, aplicabilidade e adequação aos objetivos da pesquisa.

5.2.5 Termo de Consentimento

Antes do preenchimento do questionário, os participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) na própria plataforma (Apêndice B). Após aceitarem os termos, receberam uma cópia do TCLE por e-mail.

5.2.6 Definição da amostra e recrutamento

Considerando a inexistência de um cadastro nacional público, sistematizado e continuamente atualizado de equipes de PDP em atividade no Brasil, bem como a dinamicidade desse campo de atuação, marcado pela formação, desmobilização ou suspensão temporária das atividades de equipes ao longo do tempo, a definição da amostra foi orientada pela tentativa de

alcançar o maior número possível de equipes atuantes no país, a partir de diferentes estratégias de identificação e recrutamento.

Como referência inicial, utilizou-se o mapeamento realizado pela Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO Nacional) em 2023, que identificou 121 equipes de PDP em atividade no Brasil. Todas as equipes identificadas nesse mapeamento foram contactadas para participação na pesquisa, das quais 53 responderam ao questionário.

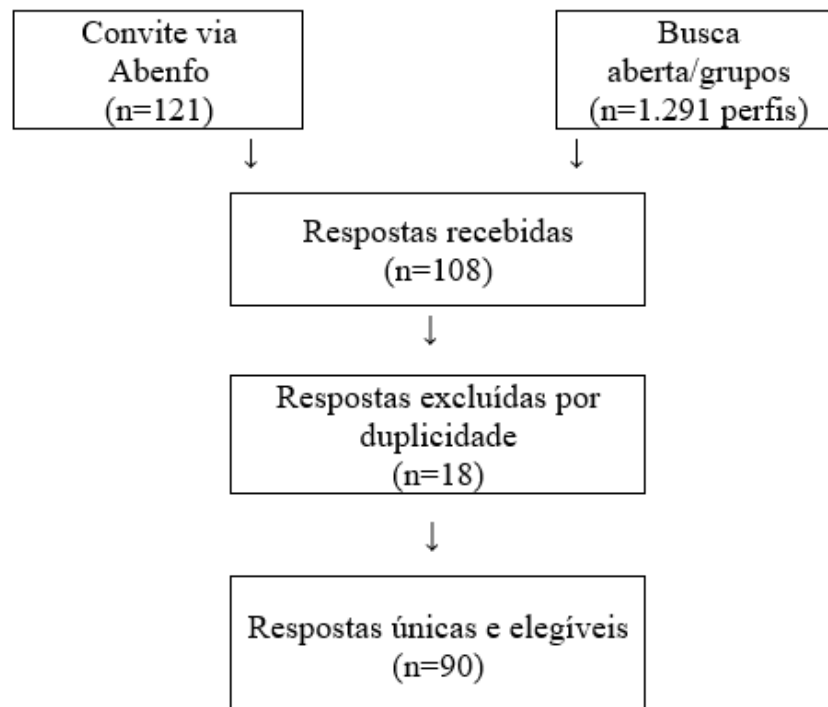
Adicionalmente, foram adotadas estratégias complementares de busca ativa e divulgação em redes sociais, com o objetivo de ampliar o alcance da pesquisa e identificar equipes não localizadas ou não respondentes a partir da base inicial. A busca foi realizada nas plataformas Instagram e Facebook, utilizando-se a palavra-chave “parto domiciliar” nas ferramentas internas de busca. Todos os perfis encontrados foram contatados por mensagem direta, com envio de convite para participação na pesquisa. Também foram realizadas publicações-convite em redes sociais e em grupos de WhatsApp relacionados à temática, mediante autorização dos administradores.

Nesse processo, foram contatados 1.291 perfis relacionados à assistência ao parto, à enfermagem obstétrica, à obstetrícia e ao PDP. Essa estratégia possibilitou a inclusão de 37 equipes adicionais às 53 já identificadas na etapa anterior, resultando em uma amostra final de 90 equipes de PDP (Figura 1 e 2).

Por se tratar de uma amostra não probabilística, obtida por adesão voluntária e múltiplas estratégias de recrutamento, os resultados devem ser interpretados como descritivos e exploratórios, refletindo as características das equipes participantes.

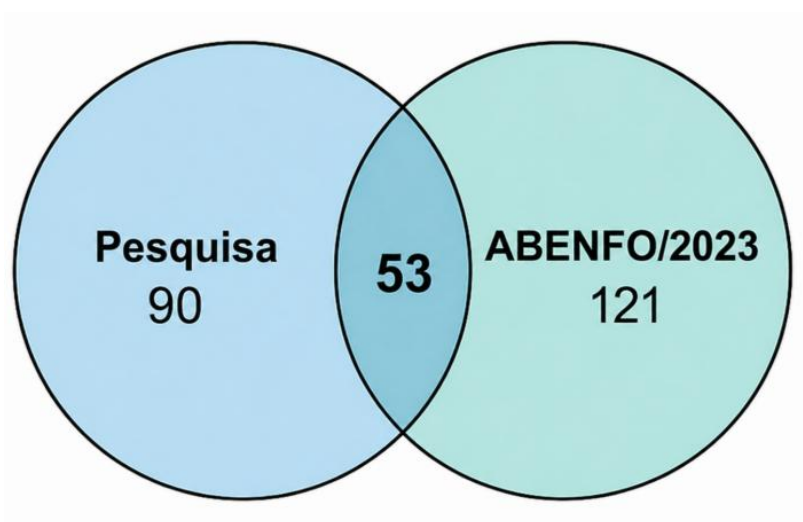
A amostra contemplou equipes de 17 unidades federativas e incluiu representantes de todas as regiões do país, conferindo abrangência territorial à pesquisa. A distribuição regional das equipes respondentes, com maior concentração nas regiões Sudeste e Sul, mostrou-se semelhante ao cenário identificado no mapeamento realizado pela ABENFO Nacional em 2023, conforme informações fornecidas pela entidade, e aos achados de Pompeu et al. (2024), que apontam maior presença e visibilidade de equipes de PDP nessas regiões.

Figura 1 - Fluxograma de seleção das equipes participantes do estudo



Fonte: Autora, 2026

Figura 2 - Composição da amostra da pesquisa em relação ao mapeamento da ABENFO Nacional de 2023



Fonte: Autora, 2026

5.2.7 Análise dos dados

Os dados foram exportados para o Microsoft Excel®, onde foram analisados por meio de estatística descritiva, com cálculo de frequências absolutas, frequências relativas e médias. Como o formulário foi configurado com campos obrigatórios nas questões fechadas, não houve perdas nas variáveis analisadas. As questões abertas foram agrupadas por similaridade e analisadas de forma quantitativa, mantendo-se a abordagem proposta.

5.3 ETAPA 3 – CONSTRUÇÃO DA DIRETRIZ NACIONAL PARA ASSISTÊNCIA AO PDP

A construção da diretriz teve início a partir de uma demanda política apresentada em reunião convocada pela Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO Nacional) com a participação de diversas equipes de PDP de todo o Brasil, incluindo a autora deste estudo. Durante o encontro, realizado em outubro de 2023, foi amplamente debatida a necessidade da elaboração de uma diretriz nacional que orientasse a assistência ao PDP de forma segura, qualificada e baseada em evidências.

Diante da convergência entre os objetivos desta pesquisa e a necessidade de elaboração de um documento norteador para a assistência ao PDP, a autora assumiu, em parceria com a ABENFO, o compromisso de liderar a construção da diretriz nacional de assistência ao PDP. Inicialmente, foi constituída uma comissão voluntária para subsidiar a elaboração do

documento. No entanto, ao longo do processo, a participação do grupo inicial não se manteve de forma contínua, permanecendo a pesquisadora e uma colaboradora diretamente envolvidas na condução e sistematização da proposta.

Como estratégia complementar para subsidiar a elaboração da diretriz, foi realizado estágio de doutorado sanduíche na City St. George's, University of London, entre novembro de 2024 e abril de 2025, com o propósito de aprofundar o conhecimento sobre os modelos de assistência ao Parto Domiciliar Planejado (PDP) no contexto britânico e identificar elementos potencialmente aplicáveis à realidade brasileira. Nesse período, foram conduzidas entrevistas com oito midwives atuantes em serviços vinculados ao National Health Service (NHS), utilizando um questionário estruturado desenvolvido especificamente para essa finalidade (Apêndice C). As entrevistas abordaram aspectos relacionados à organização dos serviços, protocolos assistenciais, composição das equipes, recursos materiais, fluxos de transferência hospitalar e experiências clínicas das participantes. Os achados obtidos contribuíram para ampliar a compreensão sobre diferentes formas de organização da assistência ao PDP e subsidiaram a construção da diretriz proposta.

Além das entrevistas, foram realizadas visitas técnicas a dois Centros de Parto em Londres (Apêndice D), onde foi possível observar as rotinas assistenciais, a infraestrutura e os documentos operacionais utilizados pelas equipes. Também foram analisadas diretrizes e protocolos institucionais locais, como os do NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*).

Com base nesse conjunto de informações internacionais, aliado aos documentos e normativas brasileiras vigentes incluindo a Resolução Cofen nº 737/2024 substituída pela 786 de 2025, manuais de assistência ao parto e pré-natal do Ministério da Saúde, guias da OMS, protocolos da OPAS, materiais técnicos sobre reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e estudos que colaborassem com a construção do modelo de assistência ao parto domiciliar no Brasil, foi elaborado um documento preliminar a fim de guiar a assistência ao PDP em território nacional.

Após a redação inicial, a pesquisadora retomou contato com as profissionais que haviam participado da reunião de 2023 para apresentar o percurso realizado e o conteúdo elaborado. Foi então constituído um grupo de trabalho, composto por 11 integrantes, das regiões do Rio de Janeiro, Santa Catarina, São Paulo, Bahia, Minas Gerais e Goiás, com atuação reconhecida na assistência ao PDP, produção técnica ou envolvimento em instâncias decisórias do SUS.

A construção da diretriz ocorreu ao longo de sete meses e foi organizada em etapas metodológicas de revisão colaborativa, que incluíram, 1) leitura individual do documento com registro de sugestões em um drive compartilhado, 2) reuniões de consenso para deliberação coletiva sobre os ajustes, 3) divisão do grupo por afinidade temática para aprofundamento técnico de seções específicas e 4) leitura final coletiva após a incorporação das alterações propostas. Todo o processo foi documentado por meio de planilhas de controle, registros de reuniões e versionamento do documento. Além disso, a construção metodológica desta diretriz dialogou com os referenciais nacionais de elaboração de protocolos e diretrizes clínicas, como as *Diretrizes para elaboração de protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde* (COFEN, 2018) e as *Diretrizes Metodológicas para elaboração de Diretrizes Clínicas* (Brasil, 2016), assegurando alinhamento com padrões reconhecidos de qualidade, transparência e rigor científico.

Após a consolidação das contribuições do grupo de trabalho, deu-se início à segunda fase de validação da diretriz, fundamentada na metodologia Delphi. Nessa etapa, foram convidados profissionais externos à equipe de elaboração (Apêndice E), selecionados a partir de critérios como experiência prática na assistência ao PDP, atuação em diferentes regiões do país, produção técnico-científica relevante e participação em instâncias institucionais estratégicas de formulação de políticas públicas. Este processo visava garantir a diversidade de perfis, abrangendo Enfermeiras Obstetras / Obstetrizes (*Midwives, Nurse Midwives*); Acadêmicos (*Academics*); Obstetras (*Obstetricians*); Neonatologistas / Pediatras (*Neonatologists, Pediatricians*); Representantes de Associações e Conselhos (*Commissioners*); Pessoas Estratégicas na formulação de políticas (*Strategic People*); Representantes de mulheres ou usuárias dos serviços (*Women's Representatives*), favorecendo a reflexão de experiências práticas de profissionais de diferentes contextos regionais e necessidades da população.

Além disso, foi conduzida uma etapa complementar de apreciação coletiva da diretriz durante o Simpósio Internacional de Assistência ao Parto (SIAPARTO) em novembro de 2025. Essa ação ocorreu no contexto do evento, com apresentação da proposta em palestra e espaços de discussão, favorecendo sua divulgação entre profissionais, pesquisadores, gestores, estudantes e demais participantes interessados na assistência ao PDP. Como estratégia adicional de acesso ao material, foi disponibilizado um QR Code no estande do COFEN, permitindo que os congressistas consultassem o documento e contribuíssem com impressões e considerações sobre seu conteúdo. Essa etapa ampliou a circulação da diretriz e fortaleceu seu caráter

colaborativo, ao possibilitar a escuta de diferentes atores vinculados ao campo da atenção obstétrica e neonatal.

Todos os profissionais participantes desta etapa de validação tiveram acesso ao documento completo da diretriz acompanhado de um instrumento estruturado de avaliação, que incluiu critérios como: clareza do texto, aplicabilidade prática, coerência técnico-científica, atualidade das recomendações e abrangência dos tópicos (Apêndice F). Ao todo, 92 profissionais puderam responder ao questionário e suas respostas foram analisadas de forma quantitativa-qualitativa, orientando os ajustes finais deste trabalho. Após, o documento revisado foi encaminhado à ABENFO Nacional, para apreciação e publicação como diretriz oficial de assistência ao PDP no Brasil.

A elaboração desta diretriz foi compreendida como uma estratégia de tradução do conhecimento, na medida em que buscou responder a uma lacuna identificada no campo do PDP e transformar evidências científicas, dados nacionais, experiências profissionais e necessidades concretas da prática assistencial em recomendações aplicáveis ao cuidado. Sua construção teve como finalidade oferecer subsídios para orientar a organização da assistência, favorecer maior homogeneidade entre as práticas, apoiar processos formativos e contribuir para a segurança e a qualidade do cuidado.

A tradução do conhecimento tem sido descrita como um processo dinâmico e interativo que envolve síntese, disseminação, intercâmbio e aplicação ética do conhecimento, com o objetivo de qualificar práticas, decisões e políticas em saúde (Andrade; Pereira, 2020; Brasil, 2020). Assim, esta etapa representa a aplicação social dos resultados da pesquisa, ao transformar o conhecimento produzido em um recurso potencialmente útil para profissionais, equipes, entidades representativas e futuras discussões sobre políticas públicas.

Além disso, como desdobramento estratégico, foi criada uma iniciativa de comunicação voltada à circulação pública do conhecimento por meio do perfil no Instagram @redenascercasa (Figura 3). O perfil tem como objetivo ampliar o alcance dos resultados encontrados na pesquisa, divulgar informações qualificadas sobre o PDP e favorecer o acesso a conteúdos relacionados à diretriz, à organização da assistência ao PDP no Brasil e às evidências científicas sobre esse modelo de cuidado.

Figura 3 - Rede Nascer em Casa



Fonte: Autora, 2026

O perfil foi idealizado e é gerido pela autora deste estudo, contando com a colaboração de um grupo de trabalho também envolvido na elaboração da diretriz. As publicações são organizadas em diferentes formatos, como cards informativos, vídeos explicativos, lives com especialistas e trechos comentados da diretriz. A linguagem adotada busca ser acessível, sem perder o rigor técnico, permitindo a comunicação com diferentes públicos, a fim de que os seus resultados ultrapassem o espaço acadêmico e possam contribuir para a qualificação da prática, para o debate público e para futuras iniciativas de organização da assistência ao PDP no Brasil.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) sendo aprovado com número de parecer: 7.268.478 e CAAE:

75498123.7.0000.5504. Atendendo assim à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 2012).

Todas as recomendações éticas estabelecidas na Resolução 466/12 foram seguidas, especialmente o que versa sobre a participação voluntária e oficializada na pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos os cuidados foram adotados para garantir o sigilo e a confidencialidade dos dados.

Ademais, a coleta de dados foi norteadada pelo Ofício Circular n.º 2/2021 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) para o desenvolvimento de pesquisa com qualquer etapa em ambiente virtual formuladas no contexto da pandemia da COVID-19 (CONEP, 2021).

Os dados e informações obtidos durante esta pesquisa foram coletados por meio do Google Forms®, exportados após a coleta e armazenados em dispositivo eletrônico local protegido por senha, sob responsabilidade da pesquisadora e serão armazenados em mídia externa pelo período de cinco (5) anos. Após este período os dados serão apagados.

Declaração de uso de ferramenta de inteligência artificial: durante o desenvolvimento desta tese, foi utilizada a ferramenta ChatGPT, da OpenAI, como apoio à organização textual e revisão linguística. A ferramenta não foi utilizada para coleta de dados, análise estatística, interpretação autônoma dos resultados ou tomada de decisões metodológicas e também não foram inseridos na ferramenta dados pessoais identificáveis de participantes da pesquisa, nem informações que permitissem sua identificação. Todas as informações foram conferidas, revisadas e validadas pela pesquisadora, que assume integral responsabilidade pelo conteúdo final do trabalho.

6. RESULTADOS

Os resultados desta tese foram apresentados de acordo com o percurso investigativo desenvolvido. O estudo teve início com uma revisão sistemática da literatura nacional sobre o PDP, buscando compreender como esse tipo de serviço vinha sendo descrito, quais dimensões do cuidado eram abordados e quais lacunas permaneciam na produção científica disponível.

A revisão permitiu reconhecer elementos relevantes sobre a organização do cuidado, as práticas assistenciais, os recursos utilizados, os protocolos, os indicadores e os desafios relacionados à assistência ao PDP. No entanto, os achados também apontaram para a necessidade de maior aprofundamento sobre a realidade brasileira, especialmente no que se referia à forma como as equipes organizavam e conduziam a assistência ao longo do pré-natal, parto e pós-parto.

Diante dessa necessidade, a segunda etapa da pesquisa foi direcionada à caracterização do modelo de atenção desenvolvido por equipes brasileiras de PDP. Essa etapa permitiu descrever diferentes dimensões da assistência prestada no país e ampliar a visibilidade sobre práticas, fluxos, recursos e critérios adotados pelas equipes. A análise desses dados revelou a existência de aspectos comuns na organização do cuidado, indicando certa similaridade entre as práticas desenvolvidas, embora ainda em um cenário marcado pela ausência de uma diretriz nacional específica.

A identificação dessa lacuna fortaleceu a importância da construção da terceira etapa da tese, que teve como finalidade propor uma diretriz brasileira, construída a partir das evidências disponíveis, das recomendações nacionais e internacionais já consolidadas. A proposta buscou reunir parâmetros orientadores para apoiar a tomada de decisão, fortalecer a continuidade do cuidado e contribuir para a consolidação de um modelo assistencial mais estruturado, seguro e coerente com o contexto nacional. Assim, os resultados foram apresentados em três momentos interdependentes.

6.1 RESULTADO DA ETAPA 1 - REVISÃO DE ESCOPO

O resultado da Etapa 1 correspondeu à revisão de escopo sobre o modelo de assistência ao parto domiciliar planejado no Brasil. O manuscrito derivado desta etapa foi publicado em periódico científico de acesso aberto, conforme referência apresentada a seguir.

Situação editorial: publicado.

Periódico: *Midwifery*.

DOI: 10.1016/j.midw.2026.104813.

Link de acesso: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613826001178>

Queiroz, T.C., Bussadori, J.C.C., Silva, P.G., Girão, F.B., Cerqueira, A.C.G., Leister, N., McCourt, C., 2026. Model of planned home birth care in Brazil: a scoping review. *Midwifery* 158, 104813. DOI: 10.1016/j.midw.2026.104813.

Problema: Diferentemente da Inglaterra, do Canadá e dos Países Baixos, onde o parto domiciliar é regulamentado e integrado ao sistema público de saúde, o Brasil ainda carece de regulamentação formal, padrões clínicos e diretrizes nacionais para o parto domiciliar planejado. **Contexto:** No Brasil, 99,3% dos nascimentos ocorrem em hospitais. O parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras obstetras e obstetrizes tem crescido como uma alternativa, promovendo a autonomia profissional e o respeito aos processos fisiológicos. Evidências internacionais sustentam sua segurança, mas esse modelo permanece fora do sistema formal de saúde. **Objetivo:** Mapear a literatura científica sobre a assistência ao parto domiciliar planejado prestada por enfermeiras obstetras e obstetrizes no Brasil. **Método:** Foi realizada uma revisão de escopo de acordo com o *JBIR Reviewer's Manual*. As buscas foram conduzidas entre janeiro e fevereiro de 2024 e atualizadas em dezembro de 2024. As bases de dados e repositórios incluíram BVS, PubMed, CINAHL, Cochrane Library, Scopus, Web of Science, EMBASE e repositórios nacionais de teses. Os critérios de inclusão foram: população, enfermeiras obstetras e obstetrizes; conceito, modelo de assistência ao parto; contexto, parto domiciliar planejado no Brasil. **Resultados:** Foram incluídos treze estudos publicados entre 2012 e 2023, envolvendo 124 enfermeiras obstetras e uma obstetriz. Os achados foram agrupados em categorias: processo de cuidado, composição da equipe, materiais, protocolos, indicadores de boas práticas, indicadores de avaliação e experiência profissional. **Discussão:** Embora o parto domiciliar planejado esteja em expansão no Brasil, persistem barreiras, incluindo a ausência de protocolos nacionais, a dificuldade de acesso a insumos e a baixa integração com os serviços hospitalares. **Conclusão:** A autonomia e a expertise das enfermeiras obstetras e obstetrizes são centrais para a segurança do parto domiciliar planejado. Políticas nacionais e diretrizes padronizadas são essenciais para fortalecer esse modelo de cuidado e assegurar segurança, legitimidade e sustentabilidade.

Título em português: Modelo de atenção ao parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão de escopo.

Descritores: Enfermeira Obstetra; Tocologia; Modelo de Atenção; Parto Domiciliar; Brasil.

6.2 RESULTADO DA ETAPA 2 - CARACTERIZAÇÃO DAS EQUIPES E O MODELO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO DOMICILIAR NO BRASIL

Os dados sobre a caracterização do modelo de assistência ao parto domiciliar no Brasil foram categorizados da seguinte forma: 1) perfil das profissionais e composição das equipes; 2) pré-natal e critérios de elegibilidade; 3) recursos materiais e condutas intraparto; 4) cuidados pós-parto e assistência neonatal; 5) transferência hospitalar e articulação com a rede; 6) protocolos clínicos e monitoramento da qualidade; os quais serão detalhados a seguir.

Ressalta-se que resultados parciais desta etapa foram organizados em manuscrito submetido para publicação em periódico científico. Para fins desta tese, os achados foram apresentados de forma ampliada, contemplando maior detalhamento das dimensões investigadas e sua articulação com os objetivos do estudo doutoral.

6.2.1 Perfil das Profissionais e Composição das Equipes

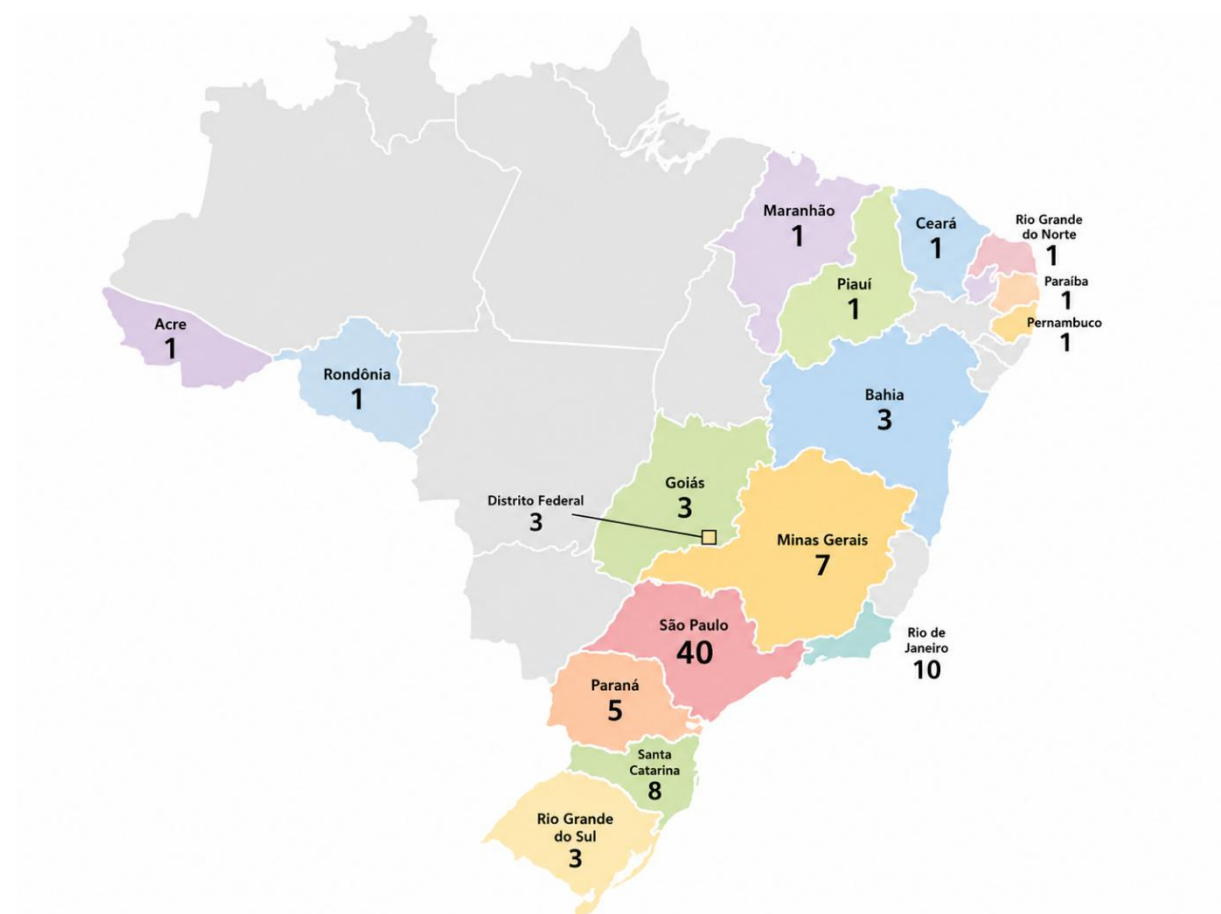
A caracterização das 90 equipes participantes permitiu identificar aspectos relacionados ao perfil profissional, à experiência, à distribuição territorial e à organização do trabalho na assistência ao PDP no Brasil. Considerando a formação da profissional responsável pelo preenchimento do questionário, 77,8% eram enfermeiras obstetras e 22,2% obstetrizes, todas com registro ativo no Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

Em relação ao perfil etário das respondentes, observou-se maior concentração na faixa entre 31 e 40 anos, correspondente a 52,2%, seguida pela faixa de 41 a 50 anos, com 22,2%. Quanto ao tempo de formação e atuação profissional, 47,8% relataram experiência superior a 10 anos na obstetrícia. No campo específico do PDP, 53,3% das equipes possuíam mais de cinco anos de atuação nesse modelo, enquanto 20% referiram experiência entre três e cinco anos. Além disso, 47,8% informaram já ter realizado mais de 40 atendimentos ao longo de sua trajetória no PDP. Nos 12 meses anteriores à coleta de dados, 67,8% das equipes relataram ter acompanhado, em média, de um a dez partos.

Quanto à distribuição geográfica (Figura 4), a maior concentração de equipes participantes esteve no estado de São Paulo, que reuniu 44,4% da amostra, seguido por Rio de Janeiro, com 11,1%; Santa Catarina, com 8,9%; Minas Gerais, com 7,8%; Paraná, com 5,6%; e demais estados, que somaram 22,2%. Não houve respostas de equipes dos estados de Alagoas, Amapá, Amazonas, Espírito Santo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Roraima, Sergipe e Tocantins. Ainda assim, a amostra contemplou unidades federativas de todas as regiões do país, permitindo observar a presença do PDP em diferentes contextos territoriais. A maior

concentração de respostas nas regiões Sudeste e Sul pode indicar maior visibilidade, organização ou consolidação dessa modalidade assistencial nesses territórios, especialmente em grandes centros urbanos.

Figura 4 - Distribuição geográfica nacional das equipes de PDP participantes da pesquisa.



Fonte: Autora, 2025.

Nota: os dados foram coletados em 2024.

No que se refere à composição das equipes, os dados evidenciaram diferentes formas de organização do trabalho. Foram identificadas equipes com até cinco integrantes, bem como profissionais que relataram atuar individualmente, sem parceria fixa. A configuração mais frequente foi composta por três a quatro integrantes, representando 44,4% da amostra. Além disso, cerca de 80% das equipes informaram contar com profissionais de backup para apoio aos atendimentos, o que sugere a presença de estratégias de retaguarda assistencial na organização do cuidado.

A análise da organização formal das equipes mostrou que 61,1% possuíam responsável técnico designado e 44,4% estavam juridicamente formalizadas. A maioria das equipes, 93,3%, referiu possuir cadastro junto à Secretaria Municipal de Saúde para emissão da Declaração de Nascido Vivo (DNV), dado que indica preocupação com a adequação às exigências legais, sanitárias e documentais relacionadas ao nascimento em ambiente domiciliar.

Também foram identificadas práticas voltadas à qualificação e ao aprimoramento contínuo da assistência. A realização periódica de reuniões para discussão de casos clínicos foi referida por 78,9% das equipes. Além disso, houve participação expressiva em cursos de atualização, com destaque para reanimação neonatal, relatada por 90%; parto fisiológico, por 66,7%; suporte avançado de vida, por 61,1%; e outros cursos regulares de capacitação, não especificados, por 60%.

Em relação à capacitação técnica para o atendimento neonatal, 41,1% das equipes relataram que todos os profissionais responsáveis pela assistência ao recém-nascido possuíam formação em Reanimação Neonatal pela SBP, enquanto 13,3% informaram que mais de 75% dos integrantes apresentavam essa qualificação. Por outro lado, a formação em suporte avançado de vida em obstetrícia apresentou menor frequência: 11,1% das equipes indicaram que todos os profissionais possuíam certificação, e 25,6% relataram que entre 25% e 50% dos membros tinham essa formação.

6.2.2 Pré-natal e Critérios de Elegibilidade

A assistência pré-natal no contexto do PDP apresentou-se como uma dimensão central da organização do cuidado pelas equipes participantes. Em 98,9% dos casos, o acompanhamento pré-natal era conduzido diretamente pelas próprias equipes, o que favorece a continuidade da assistência, o fortalecimento do vínculo com a gestante e a construção compartilhada do planejamento do parto.

Os critérios para inserção das gestantes no acompanhamento variaram entre as equipes. Mais da metade (57,8%) relatou aceitar novas usuárias em qualquer momento da gestação, enquanto as demais estabeleceram períodos específicos para início do acompanhamento, predominantemente a partir do segundo (16,7%) ou do terceiro trimestre (15,6%).

Quanto à idade gestacional máxima para ingresso no cuidado, observou-se maior frequência do limite de 32 semanas (35,6%), seguido por 35 semanas (25,6%) e 37 semanas (14,4%). Limites de 28 semanas foram relatados por 10% das equipes, enquanto 12,2% adotavam outros critérios.

A utilização de referenciais clínicos também foi identificada como elemento importante na organização do cuidado. A maioria das equipes, 92,2%, organiza seu modelo assistencial com base nas diretrizes clínicas nacionais ou internacionais, enquanto 5,6% relataram não utilizar diretriz formal. No que se refere à solicitação de exames durante o pré-natal, 68,9% das equipes informaram solicitar exames laboratoriais e de imagem. Por outro lado, 25,6% não realizavam essa solicitação diretamente, sendo necessário que os exames fossem solicitados por outro profissional responsável pelo acompanhamento pré-natal. O registro da assistência era realizado por 98,9% das equipes, predominantemente em formato físico, por 63,3%, ou eletrônico, por 35,6%.

O planejamento da assistência incluiu aspectos relacionados à organização geográfica do atendimento e à definição prévia de planos de transferência hospitalar. Quanto ao deslocamento das profissionais até o local do parto, 61,1% das equipes relataram atuar em um raio de até 60 minutos, enquanto 32,2% acompanhavam gestantes em locais situados a até duas horas de deslocamento. Apenas uma equipe informou realizar atendimentos em distância superior a duas horas.

O plano de transferência hospitalar foi referido como uma temática abordada durante o acompanhamento pré-natal. Entre as equipes participantes, 67,8% elaboravam dois planos de transferência, geralmente identificados como plano B e plano C; 22,2% construíam um único plano, correspondente ao plano B; e 10% elaboravam mais de dois planos. Todas as equipes informaram ter a cada assistência um hospital de referência com setor de maternidade, e 90% também indicaram hospital de referência com Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

O uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi uma prática amplamente referida. Entre as equipes, 97,8% possuíam documento com informações sobre riscos, benefícios e dados estatísticos relacionados ao PDP. Em 70% dos casos, o TCLE era lido e discutido entre a equipe e a família assistida, indicando que esse documento também era utilizado como recurso de diálogo e tomada de decisão compartilhada.

Quanto à avaliação de risco, 75,6% das equipes relataram possuir protocolos de classificação atualizados nos últimos cinco anos. Os critérios de elegibilidade mais frequentemente adotados foram: gestação única, referida por 96,7%; acompanhamento pré-natal com a equipe, por 95,6%; assinatura do TCLE, por 94,4%; apresentação cefálica no início do trabalho de parto, por 93,3%; ausência de intercorrências clínicas, por 92,2%; ausência de intercorrências obstétricas, por 85,6%; e idade gestacional entre 37 e 42 semanas. Todas as equipes informaram apresentar os critérios de elegibilidade às gestantes (Tabela 1).

Tabela 1 - Critérios de Elegibilidade para a assistência ao PDP

Critérios de Elegibilidade para a assistência ao PDP	n	Razão por variável (%)	Razão pelo total (%)
Gestação única	87	6,28	96,7
Ter realizado acompanhamento pré-natal com a equipe (ou de forma parcial)	86	6,21	95,6
Assinatura e concordância com termo de consentimento livre e esclarecido	85	6,14	94,4
Apresentação cefálica no início do trabalho de parto	84	6,06	93,3
Ausência de intercorrências clínicas	83	5,99	92,2
Resultados de todos os exames dentro do padrão de normalidade	83	5,99	92,2
Parâmetros biofísicos fetais normais	79	5,70	87,8
Ausência de intercorrências obstétricas	77	5,56	85,6
Idade gestacional maior do que 37 semanas	77	5,56	85,6
Família estar de acordo com os planos de transferência	76	5,49	84,4
Desejo da mulher	73	5,27	81,1
Distância do hospital de até 30 minutos	71	5,13	78,9
Idade gestacional abaixo de 42 semanas	69	4,98	76,7
Concordância com uso de ocitocina IM pós-parto	57	4,12	63,3
Ausência de macrosomia/pig	55	3,97	61,1
Resultados dos exames do 3o trimestre dentro do normal	53	3,83	58,9
Ter participado de grupo ou consulta de acolhimento/apresentação com a equipe	48	3,47	53,3

Início do trabalho de parto de forma espontânea	41	2,96	45,6
Ausência de cirurgia uterina anterior exceto cesariana antes de parto normal	37	2,67	41,1
Idade superior a 18 anos	29	2,09	32,2
Ausência de mecônio	17	1,23	18,9
Ausência de qualquer cirurgia uterina anterior	9	0,65	10,0
Outros	9	0,65	10,0

Fonte: Autora, 2025

Nota: os dados foram coletados em 2024. A “razão por variável (%)” representa a proporção de cada categoria em relação ao total de respostas válidas daquela variável.

Entre os critérios clínicos considerados pelas equipes como condições de exclusão para o PDP, destacaram-se a hipertensão arterial crônica, referida por 70% das equipes, seguida por hepatites e infecções sexualmente transmissíveis, mencionadas por 66,7%. Também foram citados antecedente de trombose ou embolia pulmonar, por 62,2%, além de cardiopatias, dependência de drogas lícitas ou ilícitas e doenças autoimunes, cada uma referida por 60% das equipes (Tabela 2).

No conjunto das intercorrências obstétricas, os critérios de exclusão mais frequentemente mencionados foram malformações fetais, arritmias fetais e placenta prévia, todos relatados por 67,8% das equipes. Também se destacaram os distúrbios hipertensivos da gestação, referidos por 65,6%, a restrição de crescimento intrauterino, por 64,4%, infecções como rubéola e citomegalovírus, por 63,3%, e evidência laboratorial de proteinúria, por 61,1% (Tabela 3).

Tabela 2 - Critérios de exclusão por intercorrências clínicas

Intercorrências clínicas	N	Razão por variável (%)	Razão pelo total (%)
Hipertensão arterial crônica e/ou uso de anti-hipertensivo	63	7,24	70
Hepatites e outras ISTs	60	6,90	66,7
Portadoras de doenças infecciosas como HIV	60	6,90	66,7
Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar	56	6,44	62,2
Cardiopatias	54	6,21	60,0
Dependência de drogas lícitas e ilícitas	54	6,21	60,0
Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico e outras collagenoses)	54	6,21	60,0
Pneumopatias graves	50	5,75	55,6
Doenças psiquiátricas que necessitem de acompanhamento	47	5,40	52,2
Ginecopatias (malformação uterina)	47	5,40	52,2
Miomatose	47	5,40	52,2
Tumores anexiais e outras	47	5,40	52,2
Doenças neurológicas	45	5,17	50,0
Tuberculose	45	5,17	50,0
Hanseníase	41	4,71	45,6
Alterações genéticas maternas	34	3,91	37,8
Endocrinopatias	34	3,91	37,8
Não possui esse critério	17	1,95	18,9
Sem informação	2	0,23	2,2
Outras	13	1,49	14,4

Fonte: Autora, 2025.

Nota: os dados foram coletados em 2024. A “razão por variável (%)” representa a proporção de cada categoria em relação ao total de respostas válidas daquela variável.

Tabela 3 - Critérios de exclusão por intercorrências obstétricas

Intercorrências Obstétricas	n	Razão por variável (%)	Razão pelo total (%)
Malformação ou arritmia fetal	61	8,05	67,8
Placenta prévia	61	8,05	67,8
Distúrbio hipertensivo da gestação	59	7,78	65,6
Restrição de crescimento intrauterino	58	7,65	64,4
Infecções como rubéola e citomegalovírus adquiridas na gestação	57	7,52	63,3
Evidência laboratorial de proteinúria	55	7,26	61,1
Diabetes mellitus gestacional	51	6,73	56,7
Polidrâmnio ou oligodrâmnio	48	6,33	53,3
Desnutrição materna severa	47	6,20	52,2
Dois ou mais episódios de pielonefrite	42	5,54	46,7
Itu em tratamento ou não tratada	41	5,41	45,6
Infecção urinária de repetição	38	5,01	42,2
Anemia (hb abaixo de 11 mg/dl) ou anemia não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso	37	4,88	41,1
Obesidade mórbida	37	4,88	41,1
Isoimunização rh	35	4,62	38,9
Não possui esse critério	12	1,58	13,3
Sem informação	2	0,26	2,2
Outras	17	2,24	18,9

Fonte: Autora, 2025.

Nota: os dados foram coletados em 2024. A “razão por variável (%)” representa a proporção de cada categoria em relação ao total de respostas válidas daquela variável.

6.2.3 Recursos Materiais e Condutas Intraparto

Embora muitas equipes fossem compostas por mais de duas integrantes, a assistência no momento do trabalho de parto e parto no domicílio foi realizada, majoritariamente, por duas profissionais, correspondendo a 72,2% das equipes. Em 26,7% dos casos, o atendimento era

realizado por três ou mais profissionais, enquanto a presença de apenas uma integrante foi relatada por 1,1% das equipes.

Quanto aos integrantes presentes no momento do parto, observou-se predominância de enfermeiras obstetras, representando 56,3%, seguidas por obstetrizes, com 19,4%, e doulas, com 9%. Também foram relatadas, em menores proporções, a presença de enfermeiras neonatologistas, enfermeiras sem especialização obstétrica, estudantes e médicas.

As práticas de monitoramento intraparto foram amplamente referidas pelas equipes. A ausculta fetal intermitente foi realizada por 97,8% das equipes, enquanto o monitoramento dos sinais vitais maternos foi relatado por 98,9%. Além disso, 68,9% das equipes informaram preencher o partograma durante o trabalho de parto, favorecendo o registro sistematizado da evolução da assistência.

Em relação aos materiais para o cuidado à parturiente, observou-se disponibilidade de itens considerados essenciais para a assistência intraparto. Em 98,9% ou mais das equipes, estavam disponíveis materiais para acesso venoso, sonar fetal, oxímetro, esfigmomanômetro, termômetro, instrumental estéril, materiais de sutura, foco de luz ou lanterna, luvas de procedimento e estéreis, além de solução parenteral, como soro fisiológico e ringer lactato.

Também foram mencionados materiais voltados a necessidades específicas do cuidado e ao suporte fisiológico do trabalho de parto (Tabela 4). Entre eles, destacaram-se materiais para sondagem vesical, disponíveis em 88,9% das equipes; materiais para preparação de balão intrauterino, em 73,3%; protetores de colchão, em 60%; banqueta de parto, em 94,4%; tecidos suspensos, em 54,4%; e bola de Bobath, em 53,3%. Quanto ao uso de banheira, 44,4% das equipes referiram disponibilizar o equipamento, enquanto 54,4% orientavam a família quanto à sua aquisição.

Tabela 4 - Materiais disponíveis para a mulher na assistência ao PDP

Materiais disponíveis para assistência à mulher	N	Razão por variável (%)	Razão pelo total (%)
Luva estéril	88	2,32	97,8
Álcool líquido a 70	88	2,32	97,8
Prontuário	87	2,30	96,7
Ringer lactato	86	2,27	95,6
Caixa de perfurocortantes	80	2,11	88,9
Cateter nasal	80	2,11	88,9
Sonda foley	80	2,11	88,9
Instrumental para parto normal	75	1,98	83,3
Incluindo espéculo vaginal e pinça de cheron	73	1,93	81,1
Instrumental para exame ginecológico	73	1,93	81,1
Água destilada	67	1,77	74,4
Balão intrauterino adaptado com sonda vesical de demora	66	1,74	73,3
Relógio com marcador de segundos	66	1,74	73,3
Foco de luz móvel	65	1,72	72,2
Ressuscitador manual adulto com máscara e reservatório	61	1,61	67,8
Protetor de colchão	54	1,43	60,0
Balança adulto	48	1,27	53,3
Bola de bobath	48	1,27	53,3
Sacos brancos (infectantes)	46	1,21	51,1
Lâmpada de emergência	37	0,98	41,1
Lixeira de armazenamento de resíduos com tampa	27	0,71	30,0
Estetoscópio de pinard (detector fetal)	18	0,48	20,0
Amnioscópio	12	0,32	13,3
Balão intrauterino para atendimento à hemorragia pós-parto	11	0,29	12,2
Outros	29	0,77	32,2

Fonte: Autora, 2025.

Nota: os dados foram coletados em 2024. A “razão por variável (%)” representa a proporção de cada categoria em relação ao total de respostas válidas daquela variável.

No que se refere aos materiais destinados ao atendimento do recém-nascido, observou-se disponibilidade de itens básicos para avaliação e cuidados imediatos (Tabela 5). Pelo menos 98,9% das equipes relataram dispor de clampeador de cordão umbilical, estetoscópio infantil, fita métrica, termômetro, balança pediátrica e materiais estéreis para o corte do cordão.

Em relação ao suporte ventilatório neonatal, 97,8% das equipes informaram possuir ressuscitador manual com máscara e reservatório, 96,7% dispunham de cilindro de oxigênio e oxímetro neonatal, e 83,3% contavam com base rígida para reanimação. Outros dispositivos também foram relatados, incluindo manta térmica, disponível em 77,8% das equipes; sonda de aspiração gástrica, em 78,9%; aspirador portátil, em 68,9%; aquecedor, em 61,1%; e máscara laríngea, em 38,9%.

Tabela 5 - Materiais disponíveis para a assistência ao RN no PDP

Materiais disponíveis para o cuidado com o RN	n	Razão por variável (%)	Razão pelo total (%)
Clampeador de cordão	90	7,31	100,0
Estetoscópio infantil	90	7,31	100,0
Fita métrica	90	7,31	100,0
Termômetro	90	7,31	100,0
Balança pediátrica	89	7,22	98,9
Material estéril para corte do cordão	89	7,22	98,9
Ressuscitador manual com máscara para rn e reservatório de oxigênio	88	7,14	97,8
Cilindro de oxigênio	87	7,06	96,7
Oxímetro neonatal	87	7,06	96,7
Base rígida para reanimação	75	6,09	83,3
Sonda de aspiração gástrica	71	5,76	78,9
Manta térmica	70	5,68	77,8
Aspirador portátil e sonda de aspiração	62	5,03	68,9
Aquecedor	55	4,46	61,1
Cateter nasal	55	4,46	61,1
Máscara laríngea	35	2,84	38,9
Baby puff ou neo puff	5	0,41	5,6
Outros	4	0,32	4,4

Fonte: Autora, 2025.

Nota: os dados foram coletados em 2024. A “razão por variável (%)” representa a proporção de cada categoria em relação ao total de respostas válidas daquela variável.

As condutas adotadas pelas equipes para favorecer a progressão do trabalho de parto incluíram práticas integrativas e outras intervenções. Entre elas, 27,8% das equipes referiram o uso de óleos essenciais, 24,5% a acupuntura, 24,2% o uso oral de óleo de rícino e 13,2% a ruptura artificial de membranas. Outras estratégias foram relatadas em menor proporção, como técnicas de mobilidade postural e mobilidade pélvica, conhecida como spinning babies, por 4%; descolamento de membranas, por 2%; e uso de ocitocina endovenosa, por 2%.

Quanto aos medicamentos disponíveis nos kits das equipes, foram relatados: vitamina K, por 97,8%; ocitocina, por 96,7%; metilergometrina, por 91,1%; anestésicos locais, por 80%; e ácido tranexâmico, por 77,8%. Outros medicamentos e insumos foram referidos em menor frequência, incluindo solução ocular de PVPI, por 16,7%; misoprostol, por 13,3%; terbutalina, por 13,3% e óxido nitroso, por 13,3% (Tabela 6). Apesar da presença desses medicamentos e materiais nos kits, 76,7% das equipes relataram dificuldades para sua aquisição.

Tabela 6 - Medicações disponíveis em mala de atendimento no PDP

Medicações em mala de atendimento	n	Razão por variável (%)	Razão pelo total (%)
Vitamina k ex: fitomenadiona (vitamina k – kanakion)	88	9,69	97,8
Ocitocina (ocitocina)	87	9,58	96,7
Orastina	87	9,58	96,7
Oxiton	87	9,58	96,7
Syntocinon	87	9,58	96,7
Metilergometrina ampola (methergin/ergotrate)	82	9,03	91,1
Anestésicos	72	7,93	80,0
Ácido tranexâmico	70	7,71	77,8
Analgésicos e antiinflamatórios:			
dipirona	20	2,20	22,2
Cetoprofeno	20	2,20	22,2
Diclofenac sódico	20	2,20	22,2
Hioscina	20	2,20	22,2
Adrenalina	19	2,09	21,1
Rhogam/matergam/partograma	19	2,09	21,1
Solução ocular de pvpi	15	1,65	16,7
Atosibano	12	1,32	13,3
Cytotec ou misoprostol	12	1,32	13,3
Indometacina	12	1,32	13,3
Inibidores da contratilidade uterina (nifedipina)	12	1,32	13,3
Salbutamol e ritodrina	12	1,32	13,3
Sulfato de magnésio	12	1,32	13,3
Terbutalina	12	1,32	13,3
Óxido nítrico	12	1,32	13,3
Misoprostol 200 mcg vaginal (citotec)	8	0,88	8,9
Outros	11	1,21	12,2

Fonte: Autora, 2025.

Nota: os dados foram coletados em 2024. A “razão por variável (%)” representa a proporção de cada categoria em relação ao total de respostas válidas daquela variável.

6.2.4 Cuidados Pós-Parto e Assistência Neonatal

Em relação ao cuidado imediato à mulher e ao recém-nascido, observou-se que o monitoramento materno na primeira hora após o parto é realizado por 82,2% das equipes com aferição dos sinais vitais a cada 15 minutos, e 62,2% realizam o cálculo do índice de choque em todas as verificações.

A profilaxia da hemorragia pós-parto com 10 UI de ocitocina intramuscular é prática rotineira para 64,4% das equipes, enquanto 25,6% a realizam mediante consentimento da família. As condutas relacionadas à dequitação apresentam variações entre as equipes. A tração controlada do cordão é realizada por 46,7% diante de sinais de alerta, por 27,8% após 30 minutos e por 18,9% após uma hora. A revisão da placenta e do períneo é realizada por todas as equipes, e a sutura perineal conforme o grau da laceração é realizada por 98,9%.

No cuidado ao recém-nascido, o contato pele a pele na primeira hora de vida é incentivado por 92,2% das equipes, mesmo diante de intercorrências leves. A promoção do aleitamento materno é realizada por todas as equipes. O exame físico completo do recém-nascido, incluindo Apgar, antropometria e inspeção geral, também é realizado por 100% das equipes, sendo feito até a primeira hora de vida em 78,9% dos casos e no próprio ambiente do parto, ao lado da mãe, em todas as situações relatadas.

Quando há necessidade de reanimação neonatal, 87,8% das equipes a realizam próximo à puerpera, com o cordão umbilical intacto. As estratégias para prevenção da perda de calor do recém-nascido são adotadas por 98,9% das equipes. A administração de vitamina K é realizada de forma rotineira por 50% das equipes e mediante autorização da família por 46,7%. Em relação à profilaxia da oftalmia gonocócica, 60% das equipes não a realizam. Em 30% dos casos, a não realização ocorre mediante a apresentação de exames negativos, e 7,8% por recusa familiar.

Os exames de triagem neonatal apresentam diferentes formas de organização, o teste do coraçozinho é realizado diretamente pela equipe em 91,1% dos casos. O teste da linguinha é realizado por 43,3% das equipes e o teste do olhinho por 37,8%. Quando esses exames não são realizados no domicílio, as famílias são direcionadas, em sua maioria, para o serviço de

referência. O teste do pezinho e o teste da orelhinha são predominantemente encaminhados à rede pública ou a profissionais parceiros, correspondendo a 94,4% e 96,7%, respectivamente.

As vacinas BCG e hepatite B são, em sua maioria, realizadas fora do domicílio, com orientação para comparecimento à Unidade Básica de Saúde ou a serviço de referência. A tipagem sanguínea é colhida de rotina para todos os recém-nascidos por 10% das equipes; 41,1% realizam a coleta apenas quando a mãe é Rh negativo; e 48,9% não realizam esse procedimento.

Após o nascimento, 60% das equipes permanecem no domicílio por quatro horas ou mais. O acompanhamento pós-parto por período igual ou superior a 30 dias é realizado por 74,4% das equipes. Em relação ao número de consultas domiciliares, 36,7% ofertam duas consultas e 42,2% ofertam três. A primeira consulta de puericultura, geralmente realizada até a primeira semana de vida, é realizada ou encaminhada por 91,1% das equipes, sendo conduzida por enfermeiras obstétricas e obstetrizes em 56,7% dos casos, por médicas/os em 23,6% e por outros profissionais da rede nos demais casos.

6.2.5 Transferência Hospitalar e Articulação com a Rede

A organização das equipes de PDP participantes desta investigação conta com estratégias específicas para a continuidade do cuidado em situações que exigem transferência hospitalar. Todas as equipes (100%) informaram possuir hospital de referência com maternidade, sendo que 90% das equipes relatam que as instituições dispõem de unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) e 82,2% contam com leitos de cuidados intermediários. Também é expressiva a presença de UTI adulto (77,8%).

As referências mais utilizadas em casos de transferência são os plantões de emergência de maternidades públicas (40,3%) e privadas ou de convênio (31,3%), bem como equipes de maternidades particulares (24,4%). Apenas 1% das equipes não possuem um plano de transferência pactuado.

Entre as formas de transferência intraparto, predomina o uso do carro da família, em 37,1% dos casos, conduzido por familiares, e em 12,96%, pela própria parteira. As demais usam o SAMU (29,63%), ambulância particular (12,50%) ou o carro da parteira (7,41%). A presença do acompanhante de escolha da gestante é garantida em 100% dos casos. Além disso, 53,3% das equipes acompanham a gestante durante o atendimento hospitalar, 27,8% acompanham até a instituição, mas sem atuar diretamente na assistência, e 18,9% acompanham apenas até a porta do hospital.

As transferências no pós-parto seguem um padrão semelhante: são realizadas por SAMU (44%), veículo próprio pela família (32,1%) ou pela parteira (10,1%), e apenas 8,3% utilizam ambulância particular contratada nesses casos. Em 100% dos casos, o acompanhante permanece com a mulher. A maioria das equipes manteve algum tipo de acompanhamento da mulher, 36,7% relataram acompanhar e continuar a assistência dentro do hospital, 36,7% acompanham sem prestar assistência hospitalar e 17,8% acompanham apenas até a porta da instituição. Apenas 6,7% referiram não acompanhar durante a transferência.

Em relação ao recém-nascido, as equipes relatam que em 71,1% os bebês são encaminhados junto com a parturiente e internam com ela, enquanto 25,6% acompanham sem internação. As transferências neonatais são majoritariamente realizadas por SAMU (52,3 %), mas também por veículo próprio, pela família (24,3%) ou parteira (7,21%) e 9% por ambulância contratada. A maior parte das equipes relatou acompanhar o bebê durante a transferência, porém 47,8% acompanham sem prestar assistência no hospital, 24,4% seguiram até a porta da instituição e apenas 22,2% continuaram a assistência dentro do hospital.

O tempo de espera por ambulância variou entre as equipes, 8,9% relataram esperar até 10 minutos, 28,9% entre 10 e 20 minutos, 22,2% entre 20 e 30 minutos e 13,3% um tempo acima de 30 minutos. Um total de 26,6% não informou o tempo de espera. Em relação a comunicação com os hospitais, as equipes demonstram que em 64,4% é formalizada por meio de relatórios, 13,3% relatam que nem sempre o relatório é apresentado e 20% discutem verbalmente o caso com a equipe hospitalar. Outras situações foram relatadas por 2,2% das equipes, incluindo a ausência recente de transferências e inexistência de transferências pós-parto no período.

Os principais motivos de transferência intraparto relatados pelas equipes foram: solicitação materna (58,9%), parada de progressão (57,8%), alteração da frequência cardíaca fetal (56,7%), solicitação de analgesia (41,1%), bolsa rota prolongada (38,9%) e pico hipertensivo (33,3%) (Tabela 7). Já as transferências pós-parto foram, principalmente, por retenção placentária (36,7%), hemorragia (27,8%) e pico hipertensivo (12,2%). Destaca-se que 38,9% das equipes relataram nunca terem realizado uma transferência no momento pós-parto (Tabela 8).

Tabela 7 - Razões para transferência hospitalar intraparto

Motivos de transferência		Razão por	Razão
INTRAPARTO	n	variável	pelo total
		(%)	(%)
Solicitação materna	53	16,72	58,9
Parada de progressão (definida por protocolo institucional)	52	16,40	57,8
Alteração de BCF	51	16,09	56,7
Solicitação de analgesia	37	11,67	41,1
Bolsa rota prolongada (18/24h)	35	11,04	38,9
Pico hipertensivo ou alterações de sinais vitais	30	9,46	33,3
Líquido meconial	18	5,68	20,0
Apresentação anômala	12	3,79	13,3
Nunca transferiu	12	3,79	13,3
Sangramento durante o trabalho de parto	11	3,47	12,2
Sem informação	2	0,63	2,2
Outro	4	1,26	4,4

Fonte: Autora, 2025.

Nota: os dados foram coletados em 2024. A “razão por variável (%)” representa a proporção de cada categoria em relação ao total de respostas válidas daquela variável.

Tabela 8 - Razões para transferência hospitalar no pós-parto

Motivos maternos de transferência		Razão por	Razão
PÓS-PARTO	n	variável	pelo total
		(%)	(%)
Nunca transferiu	35	27,13	38,9
Retenção placentária	33	25,58	36,7
Hemorragia pós-parto	25	19,38	27,8
Pico hipertensivo ou alterações de sinais vitais	11	8,53	12,2
Suspeita de infecção	6	4,65	6,7
Laceração de 3o ou 4o grau	4	3,10	4,4
Laceração de colo uterino	4	3,10	4,4
Anemia devido a hemorragia pós-parto	2	1,55	2,2
Hematoma perineal	2	1,55	2,2
Sem informação	2	1,55	2,2
Outro	5	3,88	5,6

Fonte: Autora, 2025.

Nota: os dados foram coletados em 2024. A “razão por variável (%)” representa a proporção de cada categoria em relação ao total de respostas válidas daquela variável.

Em relação às transferências neonatais, os principais motivos citados foram, desconforto respiratório (38,9%), necessidade de reanimação (13,3%), icterícia precoce (8,9%) e suspeita de infecção (5,4%). Nesta amostra, 51,1% das equipes nunca vivenciaram esse tipo de transferência (Tabela 9).

Tabela 9 - Razões para transferência hospitalar neonatal

Motivos de transferência NEONATAL	n	Razão por variável (%)	Razão pelo total (%)
Nunca transferiu	46	36,80	51,1
Desconforto respiratório	35	28,00	38,9
Necessidade de reanimação	12	9,60	13,3
Icterícia precoce	8	6,40	8,9
Suspeita de infecção	5	4,00	5,6
Apneia	3	2,40	3,3
Suspeita de alterações congênitas	3	2,40	3,3
Arritmia cardíaca	2	1,60	2,2
Sem informação	2	1,60	2,2
Outro	10	8,00	11,1

Fonte: Autora, 2025

Nota: os dados foram coletados em 2024. A “razão por variável (%)” representa a proporção de cada categoria em relação ao total de respostas válidas daquela variável.

Internações em UTI adulto foram vivenciadas por 14,4% das equipes, e 38,9% acompanharam internações neonatais em UTIN. Internações maternas com necessidade de transfusão sanguínea ocorreram em 23,3% dos casos.

6.2.6 Protocolos Clínicos e Monitoramento da Qualidade

A maioria das equipes de PDP adotam protocolos clínicos que orientam a condução da assistência em diferentes situações. Os temas mais frequentemente cobertos incluem, manejo de hemorragia pós-parto (83,3%), reanimação neonatal (81,1%), assistência ao parto (75,6%), distocias (73,3%), critérios para transferência hospitalar (65,6%), atendimento ao recém-nascido e indução natural do trabalho de parto (68,9%) e realização de suturas (62,2%). A forma de acesso a esses protocolos ocorre principalmente por meio de discussões em equipe (33,3%) e documentos escritos (28,9%).

Em relação ao monitoramento da qualidade assistencial, 47,8% das equipes relataram acompanhar dados de processo e resultado após cada atendimento, e 37,8% realizam acompanhamento mensal da satisfação das mulheres atendidas. Esses indicadores refletem um

esforço de autoavaliação constante, ainda que não universal, e apontam para o fortalecimento de uma cultura de cuidado baseada em evidências e centrada na experiência da mulher.

Os resultados evidenciam limitações na sistematização do monitoramento dos desfechos assistenciais. A maioria das equipes (71,8%) afirmou não manter banco de dados estruturado para registro de eventos adversos, e apenas uma pequena proporção declarou utilizar esse recurso para o controle de casos de *near miss* materno (6,8%), agravos de notificação compulsória (4,9%) ou óbitos fetais ou maternos (2,9%).

Em relação aos desfechos graves, todas as equipes participantes relataram ausência de óbito materno durante ou após a assistência ao PDP. Quanto aos óbitos neonatais, mais de 83,3% das equipes informaram não ter vivenciado esse tipo de evento em sua trajetória assistencial. Entre as equipes que relataram ocorrência, 7,8% indicaram que o evento ocorreu durante o atendimento domiciliar e 8,9% após transferência para o ambiente hospitalar.

6.2.7 Discussão

Os dados desta pesquisa revelaram que as equipes de PDP são compostas majoritariamente por enfermeiras obstetras e obstetrizes com trajetória consolidada na assistência obstétrica. Parte expressiva dessas profissionais possuía mais de 10 anos de experiência em obstetrícia e pelo menos 5 anos de atuação específica em partos domiciliares. Esse perfil indica a presença de equipes experientes, aspecto relevante para a segurança e a qualidade da assistência.

A literatura internacional reforça que a segurança do parto domiciliar planejado depende da atuação de profissionais qualificadas, com formação adequada, experiência clínica, capacidade de reconhecer intercorrências e condições de acionar transferência quando necessário (Sola-Martínez et al., 2022, 2025; Reitsma et al., 2020). Nessa mesma direção, Santos et al. (2018) destacam que a ausência de profissionais habilitadas para identificar e manejar complicações pode comprometer a segurança do cuidado.

Além da questão técnica, para Bochnia et al. (2019) e Mattos et al. (2016), a autonomia vivenciada pelas profissionais nesse modelo de assistência pode favorecer tanto a satisfação profissional quanto a qualidade do cuidado prestado, especialmente ao possibilitar uma atuação mais individualizada, contínua e centrada nas necessidades das mulheres.

Em relação à distribuição geográfica, embora o PDP esteja presente em diferentes regiões do país, observou-se, entre as equipes participantes, maior concentração nas regiões Sudeste e Sul. Esse padrão pode indicar desigualdades territoriais tanto no acesso quanto na

organização desse modelo de assistência, possivelmente relacionadas à maior disponibilidade de profissionais, à concentração de recursos econômicos e à maior visibilidade de práticas alternativas ao modelo hospitalar nessas regiões.

Essa desigualdade territorial se articula a outras barreiras que limitam a efetivação do PDP como possibilidade concreta de escolha para diferentes grupos de mulheres. No Brasil, esse modelo ainda se encontra no âmbito privado, o que condiciona seu acesso à capacidade de custeio das famílias (Mata, 2017; Pompeu et al., 2024). Nesse sentido, Beviláqua et al. (2023) apontam que o PDP tem sido mais frequente entre mulheres com maior escolaridade e melhores condições socioeconômicas, evidenciando sua distribuição de forma desigual. Esses achados reforçam a necessidade de políticas e estratégias que promovam maior equidade territorial e ampliem as possibilidades de acesso ao PDP no país.

Outro achado relevante deste estudo refere-se à continuidade do cuidado, uma vez que, na maioria dos casos, o pré-natal foi conduzido pelas próprias equipes de PDP. A literatura reconhece que a continuidade do cuidado está associada a melhores desfechos obstétricos e à maior satisfação das mulheres com a assistência recebida (Sandall et al., 2024). Além disso, o acompanhamento pré-natal desempenha papel fundamental na promoção da saúde materna e fetal, contribuindo para a prevenção de complicações e para a redução da morbimortalidade materna, fetal e neonatal (Pitta et al., 2024).

No contexto do PDP, um dos pilares da segurança está relacionado à seleção adequada das gestantes, o que torna o acompanhamento pré-natal uma etapa imprescindível para a avaliação contínua das condições maternas e fetais e para a organização da assistência (Zielinski; Ackerson; Kane Low, 2015; Reitsma et al., 2020; Sola-Martínez et al., 2022, 2025). Esse acompanhamento permite a reavaliação de risco ao longo da gestação, a identificação oportuna de condições que contraindicam o nascimento no domicílio, o planejamento individualizado da assistência e a definição de fluxos de transferência (Jonge, 2015; Brasil, 2025).

Além da dimensão clínica, o pré-natal conduzido pelas próprias equipes favorece a construção de vínculo entre profissionais e gestantes, aspecto importante para a tomada de decisão compartilhada e para a elaboração de planos de cuidado coerentes com as necessidades de cada mulher (Sandall et al., 2024; Downe et al., 2018).

Entretanto, os resultados aqui encontrados indicaram a necessidade de acompanhamento pré-natal também compartilhado com outros profissionais, especialmente aqueles responsáveis por prescrições, como médicos. Esse dado evidencia que, embora a

condução do pré-natal pelas equipes de PDP fortaleça a continuidade do cuidado, a articulação interprofissional permanece necessária para garantir acesso a exames, medicamentos e demais recursos assistenciais, apontando para a necessidade de se discutir a autonomia das enfermeiras obstetras e obstetrizes nesse modelo de assistência.

Embora o cuidado compartilhado seja relevante para a integralidade da assistência e para a articulação com outros pontos da rede, a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiros possui respaldo normativo na Resolução Cofen nº 195/1997, que reconhece essa competência no exercício profissional, bem como nas normativas que regulamentam a atuação da enfermeira obstetra e da obstetriz na assistência à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido, incluindo o contexto do parto domiciliar planejado (COFEN, 1997; COFEN, 2016; COFEN, 2025).

Outro destaque é a utilização quase universal do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com objetivo de esclarecimento a respeito da assistência, discutido com as famílias em grande parte dos casos. Essa prática reforça o princípio da autonomia da mulher e da escolha informada, valores centrais nas recomendações da OMS (2018). Segundo Webler et al., (2023), o TCLE representa um processo de diálogo construído ao longo do pré-natal, no qual informações são compartilhadas de forma clara e sem imposições, favorecendo a reflexão crítica da gestante e de seus familiares. Ele visa antecipar possíveis condutas a serem adotadas durante o trabalho de parto e o nascimento, tornando-se um instrumento que fortalece vínculos de confiança, reduz riscos de práticas coercitivas e cria condições para que a mulher exerça de fato sua autonomia nas decisões conjuntas. Em cenários de intercorrências, nos quais as decisões precisam ser rápidas e não há tempo para um amplo esclarecimento, o termo torna-se ainda mais relevante, funcionando como uma ferramenta ética e prática de segurança no contexto do PDP.

Quanto às equipes, a presença de duas ou mais profissionais durante a assistência ao trabalho de parto, observada entre as equipes participantes, está em consonância com a Resolução COFEN nº 786/2025 e com recomendações internacionais do Royal College of Midwives. Essa configuração se mostra relevante para a organização do cuidado, pois favorece a divisão de responsabilidades, a oferta de assistência e suporte durante o trabalho de parto, a atenção simultânea à mulher e ao recém-nascido e a tomada de decisão em situações que demandem manejo de intercorrências ou transferência (Royal College of Midwives, 2014; Aneurin Bevan University Health Board, 2022).

Também foi evidenciada a utilização de materiais básicos e avançados para a assistência materna e neonatal. No entanto, uma parcela importante das equipes relatou dificuldades na aquisição de medicamentos e insumos, revelando fragilidades estruturais para a manutenção desse modelo de cuidado. Essa dificuldade contrasta com a Resolução COFEN nº 786/2025, que normatiza a atuação de enfermeiras obstetras e obstetrizas no PDP e apresenta uma lista de materiais e medicamentos necessários à assistência. Esse dado aponta para a ausência de suporte público estruturado ao modelo, que permanece sustentado majoritariamente de forma autônoma, o que pode comprometer tanto a segurança quanto a continuidade da assistência (Rodrigues-Garrido; Pino-Morán; Tricas, 2020).

Embora ainda não existam diretrizes nacionais específicas para o PDP, a adoção de protocolos assistenciais e a utilização de critérios de elegibilidade evidenciam um alinhamento com recomendações internacionais para a seleção de casos de baixo risco (Scarf et al., 2018; Hutton et al., 2016; Hollowell et al., 2015; CAM, 2017). Entre os protocolos mais frequentemente incorporados destacam-se aqueles voltados para o manejo da hemorragia pós-parto, reanimação neonatal e condutas frente a distócias, demonstrando a preocupação em padronizar a assistência diante de situações críticas e de maior complexidade. Nesse contexto, observa-se ainda que um terço das equipes adota rotineiramente práticas de discussão coletiva, configurando uma estratégia relevante de atualização contínua, na qual se articulam a experiência clínica acumulada e o fortalecimento do conhecimento técnico.

A assistência durante o trabalho de parto, parto e pós-parto no PDP articula práticas clínicas consolidadas com estratégias integrativas. A adoção quase universal da ausculta fetal intermitente e do monitoramento materno demonstra que tais condutas estão bem estabelecidas e em consonância com recomendações nacionais e internacionais (Brasil, 2017; OMS, 2022). Embora a adoção dessas práticas tenha sido elevada entre as equipes participantes, a existência de uma pequena parcela de serviços que não as incorporam rotineiramente merece atenção, considerando sua relevância para a segurança materna e neonatal.

Além das avaliações clínicas, os registros assistenciais constituem componente fundamental da qualidade do cuidado, pois permitem documentar a evolução do trabalho de parto, monitorar condições maternas e fetais, registrar condutas adotadas, favorecer a continuidade da assistência e apoiar a comunicação entre profissionais e serviços, especialmente nos casos de transferência (OMS, 2016). No cenário estudado, a utilização do partograma reforça o investimento das equipes na sistematização do cuidado e no suporte à tomada de decisão, embora sua aplicação ainda não seja uniforme.

No manejo da progressão do trabalho de parto, observam-se práticas, como acupuntura, uso de óleos essenciais, técnicas de posicionamento como o *spinning babies* e imersão em água. Para Silva et al. (2019), o domicílio configura-se como um espaço de protagonismo da mulher, esse ambiente favorece práticas que respeitam a fisiologia e promovem conforto, como alimentação, descanso, presença de acompanhantes e utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor. Valorizar a fisiologia do parto, adotar métodos não farmacológicos de alívio da dor e oferecer cuidados sustentados em evidências, considerando a evolução da mulher e as necessidades do recém-nascido, constitui um conjunto de práticas que fortalecem a qualidade e a segurança do PDP. Tais estratégias, quando aplicadas de forma criteriosa, têm potencial para reduzir significativamente o risco de complicações maternas (Oliveira et al., 2020; WHO, 2018; Bohren et al., 2017, 2018).

Em contraste, intervenções mais invasivas, como ruptura artificial de membranas, uso de ocitocina endovenosa e descolamento de membranas, foram referidas com menor frequência pelas equipes. Esse achado pode indicar uma tendência à preservação da fisiologia do trabalho de parto e à adoção seletiva de condutas intervencionistas. No entanto, ainda que essas práticas apareçam de forma minoritária, sua presença merece atenção, especialmente no caso da ruptura artificial de membranas e do uso de ocitocina endovenosa, que são desaconselhados no contexto domiciliar por diretrizes internacionais (NICE, 2023; OMS, 2018).

No âmbito nacional, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal reforçam a necessidade de reduzir intervenções desnecessárias e orientar a assistência ao parto a partir de condutas sustentadas por evidências científicas, com uso parcimonioso de práticas como a ocitocina para aceleração do trabalho de parto (Brasil, 2017). Além disso, por se tratar de uma intervenção farmacológica capaz de modificar a dinâmica uterina e demandar vigilância materno-fetal, o uso de ocitocina endovenosa requer avaliação clínica, monitoramento adequado e estrutura assistencial compatível com o manejo de possíveis intercorrências, o que não se caracteriza como conduta apropriada para a manutenção da assistência no domicílio (Brasil, 2022).

O monitoramento materno no pós-parto imediato, com aferição de sinais vitais a cada 15 minutos e uso do índice de choque, mostra vigilância ativa pós-parto, prezando pela identificação precoce de hemorragia pós-parto. No entanto, o fato de parte das equipes não realizar esse monitoramento de forma sistemática indica a necessidade de maior discussão e padronização dessa prática no contexto do PDP.

Esse cuidado assume grande relevância considerando que a hemorragia puerperal é reconhecida como a segunda maior causa direta de mortalidade materna no Brasil e na região das Américas, sendo uma causa evitável quando identificada e manejada de forma oportuna (OPAS, 2020). A utilização profilática de ocitocina, embora significativa entre as equipes, ainda pode ser ampliada para maior alinhamento às recomendações internacionais da OMS e da OPAS que orientam o uso de uterotônicos para a prevenção e reforçam a importância de medidas adequadas para manejo desse agravo (OMS, 2018; OPAS, 2018).

As práticas no pós-parto imediato reforçam a adesão a boas práticas internacionais, sendo elas, estímulo ao contato pele a pele, aleitamento na primeira hora e realização do exame físico do recém-nascido no domicílio. Embora muitos exames neonatais sejam realizados posteriormente em unidades públicas, essa articulação ainda carece de fluxos institucionais formalizados, refletindo o lugar marginal que o PDP ocupa no sistema de saúde.

Por outro lado, a maioria das equipes não realizava profilaxia ocular para oftalmia neonatal, sendo ainda menor a proporção daquelas que relataram utilizar exames para avaliar sua indicação. Esse resultado não está alinhado às recomendações do Ministério da Saúde (2017) e da Sociedade Brasileira de Pediatria (2020). Embora o estudo não tenha investigado os motivos dessa conduta, é possível que diferenças na interpretação das evidências científicas, nas recomendações institucionais ou nos protocolos locais contribuam para a variabilidade desta prática observada entre as equipes.

A atuação das enfermeiras obstetras e obstetrizes no contexto do PDP deve pautar-se nas recomendações nacionais e internacionais vigentes, incorporando evidências científicas atualizadas e observando princípios de qualidade, segurança e biossegurança na assistência (Silva et al., 2019). Para Webler et al. (2023), a autonomia dessas profissionais depende do domínio técnico e da capacidade de reconhecer precocemente alterações no processo fisiológico, seja para intervir no domicílio ou estabilizar até a transferência. A combinação entre protocolos assistenciais e competências profissionais, portanto, reforça a possibilidade de estruturar um modelo de cuidado mais seguro no PDP.

A organização das equipes inclui estratégias voltadas à segurança e à continuidade do cuidado nos casos em que a transferência hospitalar se torna necessária. A maioria elabora planos de contingência, e todas referem possuir hospitais de referência, incluindo, em grande parte, acesso a instituições com Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e cuidados intermediários. O planejamento prévio dos deslocamentos ainda durante o pré-natal demonstra a preocupação das equipes com a organização da assistência diante de situações de urgência e

emergência, sendo também descrito na literatura internacional como um dos critérios de elegibilidade relacionados à segurança do PDP (de Jonge et al., 2015).

Os tempos médios de deslocamento observados situaram-se dentro de parâmetros frequentemente utilizados no PDP, que consideram a proximidade de serviço hospitalar e a possibilidade de transferência em tempo oportuno como critérios relevantes para a segurança do cuidado (Birthplace in England Collaborative Group, 2011; Blix et al., 2014; NICE, 2021), entretanto, a dependência de serviços de ambulância e a ausência de integração formal com o sistema público de saúde permanecem como fragilidades importantes, especialmente em situações de maior gravidade.

Os dados indicam que, na maioria das transferências, a mulher e/ou o recém-nascido foram acompanhados pela equipe de PDP durante o deslocamento ou até a chegada à instituição de referência, o que pode favorecer a continuidade do cuidado entre o domicílio e o serviço hospitalar. No entanto, a permanência das profissionais no ambiente hospitalar após a transferência ocorreu em menor proporção, especialmente nas transferências neonatais.

Além disso, embora o relatório escrito seja utilizado por grande parte das equipes como forma de registrar e comunicar as informações da assistência prestada, cerca de um terço não disponibiliza esse documento durante a transferência. Esses achados indicam limites relacionados a essa continuidade, à comunicação interprofissional e à padronização dos processos de articulação entre as equipes autônomas de PDP e os serviços hospitalares.

O monitoramento da qualidade assistencial ainda se mostra incipiente entre as equipes. Embora parte delas acompanhe dados de processo e resultado, bem como a satisfação das mulheres assistidas, a ausência de registro estruturado de eventos adversos permanece como uma limitação importante. Essa fragilidade dificulta a consolidação de evidências epidemiológicas sobre o PDP no Brasil e restringe a construção de estratégias sistemáticas de avaliação e melhoria contínua da assistência.

A ausência de óbitos maternos entre as equipes participantes constitui um achado relevante. Embora tenham sido relatados óbitos neonatais, ocorridos tanto no domicílio quanto após transferência hospitalar, esses dados devem ser interpretados com cautela, uma vez que se referem ao relato das equipes e não correspondem a uma taxa de mortalidade neonatal calculada sobre o número total de nascimentos assistidos.

Ainda assim, esses achados demonstram que desfechos graves podem ocorrer em diferentes modelos assistenciais e exigem mecanismos robustos de vigilância, registro, análise e avaliação da qualidade do cuidado. Nesse sentido, a segurança do PDP depende não apenas

da assistência prestada durante o parto e nascimento, mas também da existência de critérios de elegibilidade bem definidos, monitoramento contínuo e articulação efetiva com a rede de atenção à saúde, aspectos destacados na literatura internacional (Birthplace in England Collaborative Group, 2011; Jonge et al., 2015).

Diante disso, os resultados revelam um cenário marcado simultaneamente por potencialidades e desafios. De um lado, as equipes demonstraram adesão a boas práticas assistenciais, utilização de protocolos clínicos, articulação com serviços de referência e preocupação com a segurança do cuidado. De outro, evidenciaram-se diferenças importantes na organização dos serviços, nos critérios de acompanhamento das gestantes, nos sistemas de monitoramento de indicadores e nas estratégias de integração com a rede de atenção à saúde.

Aspectos semelhantes têm sido descritos em outros contextos, nos quais a assistência ao PDP ocorre em meio a diferentes níveis de reconhecimento institucional, regulação profissional e integração com os sistemas de saúde. Estudos internacionais apontam que, em cenários onde o PDP não está plenamente incorporado à rede assistencial, podem surgir dificuldades relacionadas à comunicação entre equipes domiciliares e serviços hospitalares, à organização de fluxos de transferência, ao reconhecimento das profissionais envolvidas e à continuidade do cuidado (Blix et al., 2014; Zielinski; Ackerson; Kane Low, 2015; Anvari et al., 2018).

Nesse sentido, os achados deste estudo reforçam que a qualificação do PDP no Brasil não depende apenas da atuação individual das equipes, mas também da construção de marcos regulatórios, diretrizes nacionais, sistemas de monitoramento e estratégias formais de integração com a rede de atenção à saúde. A ausência de referenciais nacionais específicas pode contribuir para a manutenção de diferenças organizacionais e assistenciais entre as equipes, limitando a consolidação de um modelo mais homogêneo, seguro e institucionalmente reconhecido.

6.2.8 Conclusão

Essa investigação permitiu identificar que as equipes desenvolvem práticas majoritariamente alinhadas às recomendações nacionais e internacionais, especialmente no que se refere à continuidade do cuidado, à utilização de critérios de elegibilidade, ao acompanhamento pré-natal, ao monitoramento materno-fetal, ao planejamento da transferência hospitalar e à adoção de condutas baseadas em evidências. Esses achados indicam que o PDP vem sendo conduzido por equipes qualificadas e com organização assistencial própria.

Entretanto, a consolidação desse modelo no país ainda encontra desafios importantes. As fragilidades relacionadas à heterogeneidade organizacional, ao acesso a medicamentos e insumos, à uniformização de condutas, à articulação com a rede hospitalar e aos sistemas de registro e monitoramento indicam que a assistência ao PDP ainda depende, em grande parte, de arranjos locais e da atuação das próprias equipes.

Embora existam iniciativas de organização dessa assistência no Brasil, permanece a necessidade de maior reconhecimento institucional e de referenciais comuns para orientar a prática. A publicação da Resolução COFEN nº 786/2025 representa um avanço normativo importante para a assistência ao PDP. No entanto, os achados deste estudo indicam que ainda são necessárias políticas públicas mais abrangentes e arranjos organizacionais capazes de integrar essa modalidade de cuidado à rede de atenção à saúde.

Dessa forma, esta etapa evidencia que o PDP constitui uma modalidade de cuidado em desenvolvimento no Brasil, sustentada por experiências assistenciais organizadas, mas ainda atravessada por desafios institucionais, normativos e assistenciais. Ao oferecer um panorama nacional sobre sua organização, esta pesquisa contribui para ampliar a visibilidade desse modelo, reforçando a necessidade de referenciais nacionais capazes de orientar a prática, favorecer maior homogeneidade organizacional e fortalecer sua legitimidade no contexto brasileiro. Nesse sentido, a elaboração de uma diretriz nacional representa uma oportunidade estratégica para qualificar a assistência, organizar o processo de trabalho e promover maior segurança para mulheres, famílias e profissionais de saúde, contribuindo para o fortalecimento do modelo de PDP no país.

6.3 RESULTADO DA ETAPA 3 – DIRETRIZ NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO BRASIL

Os resultados dessa etapa visam subsidiar as práticas assistenciais de enfermeiras obstetras e obstetrizas e colaborar com as lacunas anteriormente citadas nos achados acima. Sendo assim, foram organizados em tópicos: fundamentos do PDP, organização da assistência, critérios de elegibilidade, acompanhamento pré-natal, planejamento do parto, condutas assistenciais, transferência hospitalar, cuidados pós-parto, assistência neonatal, recursos materiais e aspectos éticos, legais e documentais, sendo apresentados a seguir.

**DIRETRIZ NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO
POR ENFERMEIRAS OBSTETRAS E OBSTETRIZES**

AUTORES E CONTRIBUIÇÕES

Autoria e Coordenação

Thayná Caixeiro Queiroz

Supervisora Científica

Jamile Claro de Castro Bussadori

Liderança Estratégica

Thayná Caixeiro Queiroz

Pollyana Garcia Silva

Tanila Amorim Glaeser

Validação e Coautoria

Jamile Claro de Castro Bussadori

Pollyana Garcia Silva

Tanila Amorim Glaeser

Jordana Brock Carneiro

Luciane da Silva d'Avila

Odete Pregal Monteiro Candido

Karina Fernandes Trevisan

Angela Ferreira da Silva

Rafaela Bragança de Carvalho

Diego Vieira de Mattos

Colaboração

Raquel Rabelo

Tatianne Cavalcanti Frank

Agência de Fomento

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Conselho

Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Notas explicativas:

1. Autoria e Coordenação: responsável pela concepção, organização geral do conteúdo e gestão da produção da Diretriz.
2. Liderança Estratégica: responsáveis por colaborar com a estratégia metodológica do documento.
3. Validação e Coautoria: participação na revisão crítica do conteúdo, contribuições substanciais e aprovação da versão final.
4. Colaboração: contribuições pontuais e apoio técnico-científico na elaboração da diretriz.

APRESENTAÇÃO

A presente diretriz tem como finalidade subsidiar a prática de enfermeiras obstetras e obstetrizes na assistência ao parto domiciliar planejado no contexto brasileiro. Sua elaboração fundamenta-se na articulação entre evidências científicas atualizadas e a experiência acumulada de enfermeiras obstetras e obstetrizes que atuam diretamente nesse modelo de cuidado.

O documento foi desenvolvido a partir da tese de doutorado de autoria de Thayná Caixeiro Queiroz com apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e conduzido por um processo colaborativo, com a participação de um coletivo de enfermeiras obstetras e obstetrizes com atuação em diferentes regiões do país, vinculadas à Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiras Obstetras (ABENFO), contribuindo para a construção de recomendações alinhadas à realidade assistencial brasileira e aos princípios do cuidado qualificado, seguro e centrado na mulher e sua família.

Este documento deve ser compreendido como instrumento orientador, não substituindo a formação profissional, a capacitação específica, a atualização permanente, o raciocínio clínico e a responsabilidade ética e legal dos profissionais.

SUMÁRIO (DIRETRIZ)

PARTE 1 – FUNDAMENTOS DO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO	82
1.1 Introdução	82
1.2 Objetivo.....	86
1.3 Público-alvo	87
1.4 Fundamentos normativos e legais.....	87
1.5 Segurança e fundamentos científicos do parto domiciliar planejado.....	89
1.6 Implementação da diretriz.....	92
1.7 Metodologia	93
1.8 Considerações finais	95
PARTE 2 – ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO.....	96
2.1 Contato inicial e registro da assistência	96
2.2 Primeiro contato presencial com a gestante	96
2.3 Critérios de elegibilidade	97
2.4 Pré-natal no contexto do parto domiciliar planejado	102
2.5 Plano de contingência	105
2.6 Considerações geográficas.....	106
2.7 Composição da equipe de atendimento.....	107
PARTE 3 – CUIDADOS INTRAPARTO NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO	108
3.1 Início do acompanhamento e avaliação do trabalho de parto	108
3.2 Disponibilidade da equipe.....	109
3.3 Equipamentos essenciais para o cuidado intraparto.....	110
3.4 Boas práticas durante o trabalho de parto	113
3.5 Cuidados no primeiro estágio do trabalho de parto	113
3.6 Ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal	115
3.7 Ruptura prematura e/ou prolongada de membranas a termo	123
3.8 Manejo de atrasos no primeiro estágio do trabalho de parto	124
3.9 Cuidados no segundo estágio do trabalho de parto.....	125
3.10 Nascimento e cuidados	126
3.11 Dequitação e cuidados com a placenta	128
3.12 Período de Greenberg	129

3.13 Avaliação e manejo do trauma perineal no domicílio	129
3.14 Cuidados imediatos ao recém-nascido	131
3.15 Procedimentos imediatos ao recém-nascido	133
3.16 Finalização do atendimento após o parto	135
PARTE 4 – TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR.....	136
4.1 Transferência após estabelecimento do trabalho de parto	136
4.2 Indicações para transferência de cuidados	138
PARTE 5 - CONSULTAS PÓS-PARTO E CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA.....	141
5.1 Cuidados pós-parto e visitas domiciliares.....	141
5.2 Plano de cuidados pós-natais	143
5.3 Alta da Assistência.....	143
PARTE 6 – DOCUMENTAÇÃO	145
6.1 Confidencialidade e registro da assistência	145
6.2 Notificação de Nascimento	145
PARTE 7 – DESCARTE E CUIDADO COM OS MATERIAIS.....	147
7.1 Descarte e desinfecção de materiais	147
7.2 Cuidados e desinfecção de materiais	147
PARTE 8 – PROTOCOLOS	149
8.1 Protocolo de prolapso de cordão.....	150
8.2 Protocolo de distocia de ombro.....	153
8.3 Protocolo de hemorragia pós-parto.....	156
8.4 Protocolo de reanimação neonatal imediata	160
8.5 Protocolo de reanimação materna.....	164
REFERÊNCIA.....	166
APÊNDICES	179
Apêndice A: Lista de Discussão sobre o Parto Domiciliar.....	180
Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	182
Apêndice C: Relatório de transferência materna e neonatal	193
ANEXOS.....	195
Anexo A: Fluxograma de Distocia de Ombro (Febrasgo, 2022).....	196

Anexo B: Fluxograma de Hemorragia Pós-Parto (EMOTIVE, 2023).....	200
Anexo C: Grau de Choque, Sinais Clínicos e Índice de Choque (OPAS, 2018)	201
Anexo D: Fluxograma de Reanimação Neonatal (SBP, 2026).....	202
Anexo E: Fluxograma de Reanimação Adulto	203
Anexo F: Fluxograma para interpretação do teste do coraçãozinho (SBP, 2022)	204

PARTE 1 – FUNDAMENTOS DO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

1.1 Introdução

A assistência obstétrica no Brasil caracteriza-se, desde a década de 1990, por um modelo de atenção marcado por elevada medicalização do parto, com destaque para a expressiva prevalência de cesarianas. Com aproximadamente 59,59% dos nascimentos ocorrendo por essa via, o país ocupa atualmente uma das mais altas posições mundiais nesse indicador, configurando um importante desafio para a saúde pública. Nesse cenário, consolidaram-se iniciativas voltadas à valorização dos processos fisiológicos do parto, à ampliação da autonomia das mulheres e à promoção de modelos assistenciais fundamentados em evidências científicas e em práticas respeitosas de cuidado (OMS, 2024; Webler et al., 2023; Cursino et al., 2020; Brasil, 2017; Sanfelice et al., 2014).

Desde a década de 1970, o movimento de humanização do parto, impulsionado por mulheres e profissionais da saúde, tem contribuído para a qualificação da assistência ao pré-natal, ao parto e ao pós-parto. Essas discussões ampliaram o reconhecimento da mulher como protagonista do processo de nascimento, com ênfase no direito à informação, à escolha e à definição do local de parto, em consonância com princípios éticos, assistenciais e de direitos reprodutivos (Valinho et al., 2021; OMS, 2024; Katz et al., 2020; Livinhale, 2018).

1.1.1 Contexto do Parto Domiciliar Planejado

Nesse contexto de reavaliação das práticas obstétricas, o Parto Domiciliar Planejado (PDP) configura-se como um modelo de cuidado fundamentado em evidências científicas, alinhado à proposta de uma assistência mais humanizada, respeitosa e centrada na mulher. Trata-se de uma possibilidade assistencial que responde à demanda por cuidado qualificado fora do ambiente hospitalar, preservando critérios rigorosos de segurança clínica.

No Brasil, observa-se crescente interesse pelo PDP nas últimas décadas, em parte como resposta ao modelo médico-centrado e tecnocrático predominante na assistência obstétrica. Diferentemente de países como Inglaterra, Países Baixos e Austrália, onde essa modalidade está incorporada a sistemas públicos de saúde, no contexto brasileiro o acesso ao PDP ocorre predominantemente por meio de equipes privadas. A primeira experiência pública

estruturada foi implantada em Hospital Sofia Feldman, em 2013, encontrando-se atualmente descontinuada (Sanfelice et al., 2014)

Alguns convênios específicos permitem ressarcimento parcial das despesas relacionadas ao PDP, porém sua institucionalização plena permanece como desafio no país. Dados nacionais indicam que menos de 1% dos nascimentos ocorrem em ambiente domiciliar, embora esse percentual possa estar subestimado pela inexistência de campo específico na Declaração de Nascido Vivo (DNV) para identificação do PDP. O domicílio, nesse contexto, pode representar ambiente favorável à vivência fisiológica do parto, à autonomia e à construção de experiência de nascimento centrada nas necessidades da mulher (DATASUS, 2023; Medina, 2020).

A atuação de enfermeiras obstetras e obstetrizes é central nesse modelo assistencial. A Lei nº 7.498/1986 e o Decreto nº 94.406/1987 asseguram autonomia profissional para o exercício da prática obstétrica em gestações de risco habitual, enquanto a Resolução Cofen nº 786/2025 estabelece parâmetros específicos para a assistência ao PDP. Compete a enfermeiras obstetras e obstetrizes o cuidado integral à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido, incluindo vigilância clínica, identificação precoce de intercorrências, tomada de decisão e condução assistencial baseada no respeito à fisiologia e nas melhores evidências disponíveis (Cofen, 2016; Cofen, 2024).

Nesse sentido, o PDP contribui para o fortalecimento de um modelo de atenção obstétrica que valoriza cuidado integral, autonomia, vínculo assistencial e protagonismo feminino, articulado a protocolos clínicos que orientam cada etapa da assistência.

1.1.2 O que é um Parto Domiciliar Planejado?

O PDP é uma modalidade de assistência ao parto realizada no domicílio da gestante, previamente organizada, assistida por profissionais legalmente habilitados e sustentada por critérios clínicos que asseguram condições adequadas de segurança para a mulher e para o recém-nascido. Trata-se de uma escolha informada, estruturada e baseada em evidências científicas que demonstram sua viabilidade em situações de gestação de risco habitual.

Entre os elementos fundamentais dessa modalidade assistencial, destacam-se:

- Acompanhamento pré-natal contínuo, sistemático e criterioso;

- Elaboração prévia de plano de parto pactuado entre gestante, família e equipe assistencial;
- Presença mínima de dois profissionais habilitados no momento do parto, com competência legal e técnica para assistência integral ao trabalho de parto, parto, Puerpério e manejo inicial de emergências;
- Definição clara de critérios de elegibilidade e exclusão;
- Planejamento prévio de transferência articulado com rede de apoio hospitalar.

É fundamental distinguir o PDP dos partos domiciliares não planejados ou não assistidos, que ocorrem sem acompanhamento profissional ou fora de critérios clínicos previamente estabelecidos. Enquanto o PDP segue protocolos assistenciais definidos e se apoia em boas práticas baseadas em evidências, os partos não planejados estão associados a maior vulnerabilidade clínica e não devem ser compreendidos como equivalentes a essa modalidade de cuidado.

1.1.3 A filosofia de cuidado no Parto Domiciliar Planejado

A filosofia de cuidado que orienta o PDP fundamenta-se em princípios éticos, humanísticos e científicos que reconhecem a gestação, parto e nascimento como processos fisiológicos, sociais e relacionais, nos quais a mulher ocupa posição central nas decisões relativas ao próprio corpo e à experiência de nascer.

Esse modelo assistencial parte da compreensão de que o parto não constitui, a priori, evento patológico, mas processo fisiológico que requer acompanhamento qualificado, vigilante, respeitoso e centrado na mulher. Nesse contexto, o PDP valoriza a construção de vínculo entre a gestante e a equipe assistencial, a escuta qualificada, a preservação da intimidade e o respeito ao tempo fisiológico do parto.

Entre os pilares dessa filosofia destacam-se:

- Autonomia: garantia do direito à informação, à escolha e à recusa, respeitando a capacidade decisória da mulher sobre seu processo de nascimento;
- Fisiologia: promoção de condições que favoreçam a progressão natural do parto, com intervenções apenas quando clinicamente indicadas;

- Vínculo e confiança: construção de relação contínua de cuidado, individualizada e sustentada pela presença ativa de enfermeiras obstetras e obstetrizes ao longo de todo o processo;
- Intimidade e ambiente seguro: reconhecimento do espaço domiciliar como ambiente de acolhimento, conforto e segurança emocional.

Essa abordagem incorpora também dimensões culturais, emocionais e subjetivas do nascimento, compreendendo o PDP como prática que resgata saberes, fortalece o protagonismo feminino e amplia o acesso a uma assistência baseada em dignidade, respeito e equidade.

1.1.4 Relevância do Parto Domiciliar Planejado no contexto brasileiro

A valorização do parto domiciliar planejado no Brasil representa avanço importante na construção de um modelo de assistência obstétrica mais plural, respeitoso e centrado nas necessidades das mulheres, de seus bebês e de suas famílias. Trata-se de movimento que resgata práticas historicamente vinculadas ao ambiente doméstico, ao mesmo tempo em que reafirma princípios contemporâneos de autonomia, equidade e cuidado fundamentado em evidências científicas.

Até a segunda metade do século XX, o domicílio constituía o principal local de nascimento no país. A transição para o ambiente hospitalar ocorreu de forma progressivamente acelerada, sem que essa mudança estivesse necessariamente associada a melhores resultados clínicos, e frequentemente acompanhada da incorporação de práticas excessivamente intervencionistas e, em muitos contextos, distantes de uma abordagem centrada na mulher. Reconhecer o parto domiciliar planejado como alternativa assistencial segura, qualificada e legítima implica ampliar a compreensão sobre os diferentes cenários possíveis de nascimento e reafirmar o direito à escolha informada quanto ao local e às condições do parto.

Nesse contexto, a valorização do parto domiciliar planejado na cultura brasileira contribui para:

- Resgatar dimensões simbólicas, afetivas e relacionais do nascimento no ambiente familiar;
- Fortalecer a autonomia das mulheres no exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;
- Ampliar o acesso a modelos assistenciais respeitosos, sensíveis às diferentes crenças, valores e realidades sociais;
- Reconhecer e fortalecer o papel de enfermeiras obstetras e obstetrizes na assistência qualificada ao parto de risco habitual;
- Contribuir para a superação de estigmas historicamente associados ao parto domiciliar, por meio da divulgação de informações baseadas em evidências e critérios técnicos claros.

Incorporar o parto domiciliar planejado como possibilidade concreta e socialmente reconhecida significa admitir que existem diferentes formas de nascer com qualidade, segurança e dignidade, e que a escolha do local de parto deve considerar o bem-estar físico, emocional, relacional e cultural da mulher, do recém-nascido e de sua família.

1.2 Objetivo

O principal objetivo desta diretriz é orientar e qualificar a prática de enfermeiras obstetras e obstetrizes na assistência ao parto domiciliar planejado em gestações de risco habitual. Em articulação com outras diretrizes e protocolos existentes, este documento busca oferecer recomendações técnicas claras, seguras e fundamentadas em evidências científicas, promovendo cuidado orientado pela autonomia da mulher, pela segurança clínica e pelo respeito às boas práticas obstétricas.

A diretriz destina-se ao cuidado de mulheres saudáveis*, em gestações sem complicações, que optam de forma informada pelo parto domiciliar planejado. Seu uso deve ocorrer em associação com outros protocolos e documentos técnicos que serão referenciados ao longo do texto.

*Ao utilizar o gênero feminino para se referir às gestantes, parturientes e puérperas, espera-se que todas as outras expressões sintam-se incluídas.

Os princípios que orientam esta diretriz visam sustentar condutas clínicas de alta qualidade, baseadas em evidências científicas e organizadas a partir dos princípios de segurança, respeito e autonomia.

1.3 Público-alvo

Esta diretriz foi desenvolvida prioritariamente para enfermeiras obstetras e obstetrizes que atuam ou desejam atuar na assistência ao parto domiciliar planejado. Tratam-se de profissionais legalmente habilitadas para prestar cuidado integral às gestantes de risco habitual, desde o pré-natal até o pós-parto, incluindo a assistência ao recém-nascido, conforme regulamentações nacionais vigentes.

Além desse público principal, esta diretriz também se destina a:

- Gestores de saúde envolvidos na formulação de políticas públicas e organização das redes de atenção à saúde materna;
- Instituições de ensino e pesquisa, como apoio à formação profissional, construção de protocolos, desenvolvimento de estudos e produção de conhecimento;
- Conselhos profissionais e entidades de classe, no fortalecimento da regulamentação, fiscalização e promoção de boas práticas;
- Equipes interprofissionais que atuam de forma colaborativa na assistência ao parto, incluindo doulas, técnicas de enfermagem, médicas e outros profissionais.

O uso desta diretriz busca ampliar o acesso à informação qualificada, favorecer a padronização de condutas seguras e contribuir para a consolidação do parto domiciliar planejado como prática legítima e tecnicamente respaldada no contexto brasileiro.

1.4 Fundamentos normativos e legais

A escolha da mulher pelo parto domiciliar planejado encontra respaldo ético e legal no Brasil a partir dos fundamentos constitucionais relacionados à dignidade da pessoa humana, à autonomia e ao direito à liberdade. Nesse contexto, a atuação de enfermeiras obstetras e obstetrizes é sustentada por marcos legais, normativos e éticos que asseguram autonomia profissional e segurança jurídica no exercício dessa prática.

No campo das políticas públicas, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017) reafirmam a centralidade da mulher no processo decisório e orientam que profissionais de saúde ofereçam informações claras, acessíveis e baseadas em evidências científicas acerca dos benefícios, riscos e limites dos diferentes locais de parto, incluindo o domicílio.

A decisão informada e compartilhada constitui dever ético profissional e elemento essencial para o exercício legítimo dos direitos sexuais e reprodutivos.

Os principais dispositivos legais que sustentam essa atuação incluem:

- Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da Enfermagem no Brasil;
- Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, que regulamenta a referida lei e define como competência de enfermeiras obstetras a assistência à parturiente e ao recém-nascido em partos sem distocia;
- Resolução Cofen nº 516/2016, alterada pelas Resoluções Cofen nº 524/2016 e nº 672/2021, que normatiza a atuação e responsabilidade de enfermeiras, enfermeiras obstetras e obstetrizes na atenção a gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos em serviços de obstetrícia e demais locais onde essa assistência ocorre;
- Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, instituído pela Resolução Cofen nº 564/2017, que fundamenta a atuação profissional baseada na ciência, no respeito à autonomia e na defesa dos direitos humanos;
- Resolução Cofen nº 786/2025, que estabelece diretrizes específicas para a atuação de enfermeiras obstetras e obstetrizes na assistência ao parto domiciliar planejado.

De acordo com essas normativas, compete a enfermeiras obstetras e obstetrizes:

- Realizar acompanhamento da gestação de risco habitual;
- Prestar assistência ao parto sem distocia em diferentes ambientes, inclusive no domicílio;
- Identificar precocemente situações de risco ou distocia e adotar medidas adequadas;
- Realizar cuidados iniciais em situações de emergência e proceder à transferência assistida quando necessário;

- Atuar com responsabilidade técnica, ética e científica, assegurando cuidado qualificado e seguro.

A observância desses dispositivos é essencial para assegurar legitimidade à prática do parto domiciliar planejado e proteger os direitos das mulheres e das profissionais envolvidas. As recomendações aqui apresentadas devem, portanto, ser interpretadas em consonância com o arcabouço legal vigente no país.

1.5 Segurança e fundamentos científicos do parto domiciliar planejado

A análise contemporânea do parto domiciliar planejado tem avançado no sentido de superar abordagens reducionistas que associam segurança exclusivamente ao local de nascimento. Evidências sociológicas, epidemiológicas e clínicas indicam que a segurança do parto deve ser compreendida como resultado da organização do cuidado, da qualidade da assistência prestada e da capacidade de resposta do sistema de saúde, e não apenas do ambiente físico onde o nascimento ocorre (Pintassilgo, 2014; Pintassilgo; Carvalho, 2017).

Estudos baseados em dados populacionais demonstram que o local de parto, isoladamente, constitui marcador insuficiente de risco. A adequada interpretação dos desfechos maternos e perinatais requer considerar critérios como seleção rigorosa de gestantes de risco habitual, planejamento prévio do local de parto, qualificação e experiência da equipe assistencial, continuidade do cuidado e articulação com a rede de atenção à saúde (Pintassilgo et al., 2023).

Nesse contexto, o parto domiciliar planejado, quando inserido em modelos assistenciais estruturados e sustentado por critérios clínicos claramente definidos, configura modalidade organizada de cuidado, cujos resultados devem ser analisados à luz das condições em que ocorrem. Evidências nacionais e internacionais demonstram que os desfechos associados ao parto domiciliar variam de forma importante conforme o tipo de assistência recebida e o grau de organização do sistema de saúde (Pintassilgo et al., 2023).

Observa-se associação favorável entre parto domiciliar planejado assistido por profissionais qualificados, com protocolos definidos e planejamento prévio, e melhores indicadores maternos, sem aumento consistente de desfechos neonatais adversos em contextos adequadamente organizados. Em contrapartida, cenários caracterizados por ausência de

planejamento, fragilidade assistencial ou baixa integração com os serviços de saúde apresentam resultados menos favoráveis (Pintassilgo et al., 2023).

As evidências científicas que sustentam essa análise baseiam-se predominantemente em estudos observacionais de grande porte, com delineamento metodológico robusto, considerando que ensaios clínicos randomizados não são eticamente viáveis para investigação do local de parto. A revisão mais recente da Cochrane reconhece que a dependência exclusiva de ensaios clínicos randomizados produz compreensão artificialmente limitada do fenômeno, ao excluir importante conjunto de evidências observacionais de alta qualidade, essenciais para análise do local planejado de nascimento (Olsen; Clausen, 2023).

1.5.1 Resultados maternos

Revisão sistemática com metanálise incluindo 16 estudos e aproximadamente 500.000 partos domiciliares planejados demonstrou que mulheres de risco habitual que iniciaram o trabalho de parto com intenção de parir em casa apresentaram, em comparação às que planejaram parto hospitalar:

- Redução aproximada de 42% na chance de cesariana;
- Redução de 58% na ocorrência de parto vaginal operatório;
- Redução de 70% na necessidade de analgesia peridural;
- Redução de 55% na realização de episiotomia;
- Redução de 43% na incidência de lacerações perineais de terceiro e quarto graus;
- Redução de 63% no uso de ocitocina durante o trabalho de parto;
- Redução de 77% na ocorrência de infecção materna;
- Ausência de óbitos maternos relatados nos estudos incluídos.

Em relação à hemorragia pós-parto, os resultados agrupados indicaram risco semelhante ou inferior entre mulheres que planejaram parto domiciliar em comparação às que planejaram parto hospitalar, inclusive após estratificação por paridade e grau de integração dos serviços de saúde (Reitsma et al., 2020).

1.5.2 Resultados perinatais e neonatais

A revisão Cochrane atualizada não identificou evidências suficientes provenientes de ensaios clínicos randomizados para estimar diferenças robustas entre parto domiciliar planejado e parto hospitalar planejado, ressaltando que essa limitação metodológica não invalida as evidências provenientes de estudos observacionais de alta qualidade (Olsen; Clausen, 2023).

Metanálises baseadas em grandes coortes populacionais demonstraram, especialmente em contextos com adequada integração dos serviços de saúde (Hutton et al., 2019; Scarf et al., 2018):

- Ausência de diferença estatisticamente significativa na mortalidade perinatal ou neonatal entre partos planejados em casa e partos planejados em ambiente hospitalar;
- Razão de chances para mortalidade perinatal ou neonatal em primíparas de 1,07 (IC95%: 0,70–1,65) em sistemas bem integrados;
- Razão de chances para mortalidade perinatal ou neonatal em primíparas de 3,17 (IC95%: 0,73–13,76) em sistemas menos integrados;
- Razão de chances para mortalidade perinatal ou neonatal em multíparas de 1,08 (IC95%: 0,84–1,38) em sistemas bem integrados;
- Razão de chances para mortalidade perinatal ou neonatal em multíparas de 1,58 (IC95%: 0,50–5,03) em sistemas menos integrados;
- Menor probabilidade de admissão neonatal em unidade de terapia intensiva;
- Ausência de diferença estatisticamente significativa na mortalidade neonatal precoce entre zero e sete dias de vida.

Outras revisões sistemáticas conduzidas em países de alta renda demonstraram ainda associação do parto domiciliar planejado com (Scarf et al., 2018):

- Aproximadamente três vezes mais chance de parto vaginal normal não instrumental;
- Cerca de um terço a menos de chance de cesariana ou parto instrumental;
- 15% mais chance de períneo íntegro;
- 43% menos chance de trauma perineal grave;
- 27% menos chance de hemorragia pós-parto.

No contexto brasileiro, em que ainda não existe sistema nacional plenamente integrado de atenção ao parto domiciliar planejado, a interpretação desses achados exige cautela normativa. A segurança do parto domiciliar planejado deve ser analisada em articulação com a organização do sistema de saúde, a existência de fluxos assistenciais definidos, critérios rigorosos de elegibilidade, qualificação profissional, protocolos baseados em evidências e pactuação prévia de fluxos de transferência com serviços hospitalares de referência (Olsen; Clausen, 2023).

1.6 Implementação da diretriz

Esta diretriz foi elaborada com o propósito de oferecer referencial técnico e ético unificado para a assistência ao parto domiciliar planejado em âmbito nacional, considerando, entretanto, as especificidades regionais, territoriais e organizacionais existentes no Brasil. Diante da diversidade geográfica, cultural, socioeconômica e da heterogeneidade na organização dos serviços de saúde, sua aplicação requer adaptação sensível às realidades locais, sem afastar-se dos princípios estruturantes aqui estabelecidos.

A implementação desta diretriz pode ocorrer em diferentes níveis e contextos:

- Por enfermeiras obstetras, obstetrizas e equipes assistenciais, como base para elaboração de protocolos locais, fluxos de cuidado, critérios de elegibilidade, planos assistenciais e organização do acompanhamento clínico;
- Por serviços públicos e privados, como instrumento de qualificação da assistência ao parto domiciliar planejado e de ampliação do acesso a esse modelo de cuidado;
- Por gestoras e gestores de saúde, como subsídio para planejamento, regulamentação, monitoramento e avaliação de serviços vinculados às redes de atenção à saúde materna;
- Por instituições de ensino e pesquisa, como material de apoio à formação profissional, à qualificação técnica e ao desenvolvimento de estudos sobre assistência obstétrica baseada em evidências;
- Por conselhos profissionais e entidades de classe, como referência para regulamentação, fiscalização e fortalecimento do exercício profissional ético, seguro e tecnicamente qualificado.

Recomenda-se que estados e municípios interessados em implementar ou fortalecer serviços de parto domiciliar planejado utilizem esta diretriz como referência para construção de normativas locais articuladas aos princípios do Sistema Único de Saúde, observando os marcos legais vigentes e promovendo práticas assistenciais seguras, qualificadas e centradas na mulher.

1.7 Metodologia

Esta diretriz foi construída a partir de uma tese de doutorado e foi viabilizado por um processo colaborativo, fundamentado em evidências científicas e na experiência acumulada de enfermeiras obstetras e obstetrizes com atuação no parto domiciliar planejado no contexto brasileiro.

A elaboração do documento contemplou as seguintes etapas:

a. Levantamento de evidências científicas nacionais e internacionais

Foram identificados diretrizes clínicas, revisões sistemáticas, estudos observacionais de grande porte, estudos de coorte e documentos técnicos relacionados à segurança, aos desfechos clínicos, aos modelos organizacionais e às práticas assistenciais no parto domiciliar planejado, com ênfase em países onde essa modalidade se encontra integrada aos sistemas de saúde, como Reino Unido, Holanda, Austrália e Canadá.

b. Análise documental e normativa nacional

Realizou-se mapeamento das legislações, resoluções, portarias e normativas emitidas por órgãos reguladores e instituições nacionais, com destaque para normas do Conselho Federal de Enfermagem e documentos do Ministério da Saúde, com o objetivo de sustentar juridicamente a atuação de enfermeiras obstetras e obstetrizes no parto domiciliar planejado.

c. Produção de conhecimento no contexto do doutorado

Como parte de projeto de doutorado, foram desenvolvidas análises comparativas e entrevistas com midwives atuantes no contexto internacional, especialmente no modelo midwifery-led care, permitindo incorporar elementos organizacionais e assistenciais relevantes à realidade brasileira.

d. Construção coletiva com grupo técnico de especialistas

O conteúdo construído inicialmente foi discutido com um coletivo técnico composto por enfermeiras obstetras, obstetrizes, docentes, pesquisadoras e profissionais com experiência prática em parto domiciliar planejado, que contribuíram com revisão crítica, sugestões de aprimoramento e alinhamento técnico das recomendações.

e. Redação técnica e revisão sucessiva do conteúdo

O material foi elaborado em linguagem técnica, acessível e orientada por padronização editorial, seguida de sucessivas rodadas de revisão para assegurar coerência interna, precisão conceitual e alinhamento com boas práticas baseadas em evidências.

f. Validação progressiva e aprimoramento contínuo

Como etapa subsequente, realizou-se consulta ampliada e processo de validação externa por especialistas, com utilização da metodologia Delphi, permitindo aperfeiçoamento contínuo do documento a partir da contribuição de profissionais atuantes em diferentes regiões do país.

A diretriz deverá ser revisada periodicamente, preferencialmente a cada três anos, ou em prazo inferior caso novas evidências científicas relevantes justifiquem atualização antecipada.

Com o objetivo de fortalecer o processo contínuo de aprimoramento, será disponibilizado recurso digital ao final desta seção para recebimento de sugestões, contribuições e relatos de experiência relacionados à aplicação prática da diretriz.

A construção metodológica deste documento dialoga com referenciais nacionais de elaboração de protocolos e diretrizes clínicas, incluindo documentos metodológicos do Conselho Federal de Enfermagem e do Ministério da Saúde, assegurando alinhamento com princípios reconhecidos de qualidade, transparência e rigor científico (Ministério da Saúde, 2016; Cofen, 2018).



1.8 Considerações finais

A consolidação do PDP no Brasil requer reconhecimento institucional e social de que o cuidado à gestação, ao parto e ao nascimento pode ocorrer de forma segura também fora do ambiente hospitalar, quando essa for a escolha informada da mulher e quando estiverem presentes condições clínicas adequadas e assistência qualificada.

A ampliação dessa prática no país demanda fortalecimento de políticas públicas, qualificação profissional contínua, construção de fluxos assistenciais seguros e articulação efetiva com os serviços de saúde. Ademais, avançar nessa direção significa reafirmar compromisso com modelo de atenção obstétrica centrado na autonomia, na equidade, na dignidade humana e no respeito à diversidade de trajetórias reprodutivas.

Espera-se que esta diretriz contribua para fortalecer práticas, orientar decisões institucionais e apoiar transformações necessárias para que o domicílio seja progressivamente reconhecido como espaço legítimo, seguro e respeitoso para o nascimento no Brasil.

PARTE 2 – ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

2.1 Contato inicial e registro da assistência

No contexto brasileiro, em que a assistência ao parto domiciliar planejado ocorre predominantemente de forma autônoma, o ingresso nesse modelo assistencial inicia-se, na maioria das situações, com o primeiro contato da gestante ou de sua família com a equipe responsável pelo cuidado. Nessa etapa, recomenda-se realizar avaliação inicial das condições clínicas e contextuais relacionadas à proposta de assistência domiciliar, com o objetivo de promover segurança e alinhar expectativas.

Recomenda-se que esse contato seja formalizado por telefone, correio eletrônico ou outro meio previamente acordado com a família, com solicitação das seguintes informações:

- Nome completo da gestante;
- Endereço residencial;
- Número de telefone para contato;
- Idade gestacional e paridade;
- Resultados de exames laboratoriais e de imagem;
- Cartão de pré-natal e de vacinação.

Após o recebimento dessas informações, a liderança da equipe deverá realizar triagem inicial e agendar consulta presencial de pré-natal, com a finalidade de dar continuidade à avaliação de elegibilidade e iniciar o planejamento do cuidado.

2.2 Primeiro contato presencial com a gestante

Para que a assistência ao parto domiciliar planejado ocorra de forma segura e qualificada, é indispensável que a gestante seja classificada como de risco habitual ao longo de toda a gestação. Ainda assim, deve-se reconhecer que o processo de nascimento envolve riscos inerentes, incluindo intercorrências que podem demandar manejo no domicílio, transferência para ambiente hospitalar ou, em situações raras, desfechos desfavoráveis.

A primeira consulta deverá ser destinada à apresentação detalhada do modelo de assistência domiciliar, incluindo seus fundamentos, riscos, limitações, possíveis desfechos e

protocolos de contingência. Esse também é o momento oportuno para esclarecimento das especificidades da equipe, incluindo estrutura organizacional, materiais e equipamentos disponíveis, existência ou não de equipe de retaguarda e acordos prévios de suporte institucional.

Durante esse encontro, recomenda-se assegurar ambiente acolhedor e seguro, favorecendo que a gestante e sua parceria expressem motivações, dúvidas e expectativas relacionadas ao parto domiciliar planejado. A construção do vínculo de confiança inicia-se nesse momento e deve ser sustentada ao longo de todo o acompanhamento.

No primeiro contato presencial, recomenda-se:

- Orientar que a classificação de risco constitui elemento dinâmico e deve ser reavaliada a cada consulta;
- Realizar leitura e discussão conjunta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com explicitação dos riscos e benefícios do parto domiciliar planejado, conforme Apêndice B;
- Discutir e registrar os planos de transferência e contingência, conforme item 2.5 e Parte 4;
- Avaliar, sempre que possível já nesta consulta, as condições mínimas de segurança do domicílio para realização da assistência;
- Utilizar material de apoio para orientação da gestante e de sua família, como o folheto informativo sugerido no Apêndice A.

2.3 Critérios de elegibilidade

Este e os subsequentes tópicos referentes à assistência pré-natal foram elaborados com base em protocolos nacionais (Brasil, 2015; 2016a; 2016b; 2022), diretrizes e protocolos institucionais internacionais (NICE, 2023) e em evidências científicas atualizadas.

A avaliação de elegibilidade constitui etapa fundamental do planejamento da assistência ao parto domiciliar planejado, portanto esta diretriz organiza os critérios em três categorias:

- Critérios verdes, que indicam elegibilidade plena para o parto domiciliar planejado;
- Critérios amarelos, que demandam avaliação individualizada e compartilhada com equipe multiprofissional;
- Critérios vermelhos, que indicam inelegibilidade para o parto domiciliar.

2.3.1 Critérios verdes

Considera-se elegível para o parto domiciliar planejado a gestante classificada como de risco habitual, cuja gestação evolui sem complicações e que atende aos critérios descritos a seguir.

a) Fatores relacionados à gestação

- Desejo expresso da gestante de realizar o parto domiciliar planejado;
- Classificação de risco habitual durante todo o pré-natal;
- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Índice de massa corporal entre 18 e 40 kg/m²;
- Gestação única;
- Pré-natal realizado com equipe de parto domiciliar planejado, podendo ser compartilhado com outro profissional pré-natalista;
- Realização dos exames de rotina conforme protocolo do Ministério da Saúde;
- Apresentação cefálica no início do trabalho de parto;
- Idade gestacional entre 37+0 e 42+0 semanas;
- Trabalho de parto iniciado espontaneamente;
- Cultura negativa ou desconhecida para estreptococo do grupo B;
- Ruptura espontânea de membranas com trabalho de parto estabelecido em até 24 horas.

b) Fatores relacionados à ambiência e aos aspectos legais

- Domicílio localizado a, no máximo, 30 minutos de hospital com atendimento obstétrico e neonatal de urgência, disponível 24 horas por dia;
- Concordância da gestante e de seus acompanhantes com os planos de transferência e contingência;

- Viabilidade técnica do domicílio para o nascimento, conforme item 2.4.3;
- Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pela gestante após leitura conjunta com a equipe e esclarecimento de todas as dúvidas. A assinatura de testemunha é recomendada para fins jurídicos, mas não constitui requisito para validade do termo.

Mesmo quando todos os critérios estiverem preenchidos, a equipe de parto domiciliar planejado poderá optar por não realizar o acompanhamento caso identifique outro fator que comprometa a segurança assistencial. Nessas situações, a gestante deverá ser orientada e encaminhada para outra equipe ou serviço.

2.3.2 Critérios amarelos

Gestantes com determinadas condições clínicas, obstétricas ou com histórico reprodutivo prévio podem ser consideradas elegíveis para o parto domiciliar planejado, desde que submetidas à avaliação criteriosa e acompanhamento multiprofissional. Essas situações requerem tomada de decisão compartilhada entre a equipe e a gestante, com registro no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Apêndice B.

a) Condições da gestação atual

- Ruptura de membranas com trabalho de parto estabelecido além das 24 horas;
- Condições clínicas controladas, com acompanhamento especializado, como doenças autoimunes em remissão e tireoidopatias compensadas;
- Diabetes gestacional controlada com dieta e exercício físico até 40 semanas e 6 dias;
- Alterações hematológicas leves e não complicadas, como traço falciforme, traço talassêmico e anticorpos atípicos sem risco fetal;
- Transtornos mentais sem psicose e sem uso de medicação.

b) Histórico reprodutivo anterior

- Cicatriz uterina anterior, com avaliação individualizada considerando número de cicatrizes, intervalo interpartal e contexto da cirurgia anterior, intraparto ou eletiva;

- Hemorragia pós-parto de até 1000 mL, sem necessidade de transfusão e com causa conhecida e resolvida;
- Distócia de ombro anterior sem necessidade de manobras internas e sem desfechos adversos;
- Óbito fetal ou neonatal anterior com causa identificada e não recorrente;
- Recém-nascido anterior com icterícia grave;
- Pré-eclâmpsia anterior, com boa evolução da gestação atual;
- Descolamento prematuro de placenta em gestação anterior, com causa não recorrente e bom desfecho;
- Peso fetal anterior igual ou superior a 4,5 kg, sem complicações;
- Laceração perineal de quarto grau com boa recuperação clínica e funcional;
- Histórico de transtornos mentais sem psicose e sem uso de medicação.

Algumas anormalidades fetais sem impacto esperado sobre o parto, ou outros achados sem repercussão obstétrica previsível, como ausência ou excesso de dedos, pelve renal dilatada ou pé torto congênito, não inviabilizam o nascimento em domicílio, embora se recomende ciência pré-natal da equipe pediátrica.

Na presença de critério amarelo, recomenda-se:

- Documentar em prontuário e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a condição identificada, com descrição dos riscos e benefícios;
- Atualizar os planos de contingência considerando os riscos específicos;
- Avaliar a necessidade de reforço da equipe ou de suporte hospitalar mais próximo.

2.3.3 Critérios vermelhos

Os critérios vermelhos indicam contraindicação para o parto domiciliar planejado, por representarem aumento do risco de desfechos adversos para a gestante ou para o recém-nascido. Nessas situações, o parto deverá ocorrer em ambiente hospitalar com suporte especializado.

a) Condições clínicas prévias à gestação

- Miomectomia múltipla;
- Cardiopatias com repercussão sobre o trabalho de parto;

- Doença pulmonar grave, como DPOC ou asma descompensada;
- Insuficiência renal crônica e condição de transplantada renal;
- Doenças hematológicas, como doença falciforme, púrpura trombocitopênica e talassemia;
- Hipertensão arterial crônica ou uso contínuo de anti-hipertensivos;
- Doenças neurológicas com risco obstétrico;
- Doenças psiquiátricas graves ou uso de medicação controlada de alto risco;
- Doenças autoimunes ativas;
- Fibrose cística;
- Alterações genéticas com impacto perinatal;
- Histórico de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
- Ginecopatias estruturais, como miomas volumosos, malformações uterinas e tumores anexiais;
- Infecções crônicas ou agudas com risco fetal, como HIV, HTLV-1/2, sífilis terciária, hepatites, toxoplasmose, zika, dengue e COVID-19;
- Diabetes mellitus tipo 1 ou tipo 2;
- Transplantes de órgãos;
- Hanseníase;
- Uso de medicamentos teratogênicos, incluindo anticonvulsivantes e estabilizadores de humor.

b) Histórico obstétrico

- Óbito fetal ou neonatal sem causa conhecida;
- Síndromes hipertensivas prévias com desfechos adversos, como eclâmpsia, síndrome HELLP ou internação em unidade de terapia intensiva;
- Acretismo placentário;
- Ruptura uterina;
- Descolamento prematuro de placenta com intercorrência grave.

c) Condições da gestação atual

- Restrição de crescimento intrauterino grave;
- Trabalho de parto prematuro;

- Ruptura prematura de membranas antes de 37 semanas;
- Polidrâmnio ou oligodrâmnio;
- Gestação gemelar ou múltipla;
- Malformações fetais com impacto no parto;
- Ausência de movimentos fetais;
- Descolamento placentário ou suspeita de acretismo;
- Síndromes hipertensivas gestacionais;
- Anemia grave ou refratária ao tratamento;
- Diabetes gestacional acima de 41 ou descontrolada ou com uso de insulina;
- Desnutrição grave;
- Hepatopatias;
- Câncer durante a gestação;
- Infecção urinária recorrente ou alta;
- Macrossomia fetal, percentil superior a 90;
- Placenta prévia com diagnóstico após 28 semanas;
- Lesões de alto grau no colo uterino;
- Infecções sexualmente transmissíveis ativas;
- Herpes genital ativa após 36 semanas;
- Uso ativo de substâncias psicoativas;
- Confirmação ou suspeita de infecção por zika, chikungunya, dengue ou COVID-19 após 35 semanas.

Em situações de dúvida, recomenda-se discussão com equipe experiente ou com parceria médica para tomada de decisão compartilhada. As escolhas da gestante devem ser acolhidas e respeitadas, mas a responsabilidade técnica da equipe deve orientar a definição do local mais seguro para o parto.

2.4 Pré-natal no contexto do parto domiciliar planejado

O acompanhamento pré-natal no contexto do parto domiciliar planejado constitui processo contínuo, voltado à construção de vínculo, à avaliação integral da gestante e à identificação precoce de situações que demandem mudança no plano de cuidado. Trata-se de acompanhamento centrado na mulher e em sua família, que deve considerar não apenas os aspectos clínicos, mas também dimensões psicossociais e culturais.

É competência legal de enfermeiras obstetras e obstetrizes realizar o pré-natal de gestações de risco habitual, conforme disposto no Decreto nº 94.406/1987. A assistência pode ser conduzida exclusivamente por enfermeiras obstetras e obstetrizes ou de forma compartilhada com outro profissional pré-natalista.

2.4.1 Abordagem da consulta

As consultas de pré-natal devem ser conduzidas de forma sensível, respeitosa e abrangente. Recomenda-se abordagem integral, contemplando:

- Avaliação da propedêutica pré-natal, incluindo exames laboratoriais e ultrassonografia;
- Avaliação emocional da gestante;
- Orientações sobre alimentação, atividade física, sono e bem-estar;
- Discussão sobre mudanças corporais e emocionais da gestação;
- Prevenção de infecções, inclusive infecções sexualmente transmissíveis;
- Preparação para o parto, construção do plano de parto e elaboração dos planos de contingência;
- Orientações para reconhecimento de sinais de alerta e gravidade;
- Discussão de possíveis intercorrências durante a gestação, o parto e o pós-parto, bem como das condutas recomendadas;
- Reconhecimento de sinais e sintomas do início do trabalho de parto;
- Incentivo ao aleitamento materno e orientações sobre cuidados com o recém-nascido;
- Estímulo à participação em grupos de apoio desde a gestação ao pós-parto;
- Orientações sobre os direitos da gestante e da puérpera;

A consulta de pré-natal também tem como finalidade esclarecer preocupações, avaliar a evolução fisiológica da gestação e realizar os encaminhamentos necessários, quando indicados. Todas as informações e condutas deverão ser registradas em prontuário próprio da equipe de parto domiciliar planejado, em conformidade com a legislação vigente.

2.4.2 Periodicidade das consultas

Recomenda-se que o acompanhamento pré-natal no contexto do parto domiciliar planejado contemple, no mínimo, sete consultas, iniciadas o mais precocemente possível. Sugere-se que a assistência pela equipe de parto domiciliar planejado tenha início até 32 semanas de gestação, favorecendo a construção de vínculo, a elaboração dos planos assistenciais e a oferta oportuna de orientações à família.

A periodicidade das consultas deverá seguir o protocolo do Ministério da Saúde:

- Mensais até 28 semanas;
- Quinzenais entre 28 e 36 semanas;
- Semanais a partir de 36 semanas até o nascimento.

As consultas podem ser realizadas em consultório ou no domicílio da gestante. Gestantes com 41 semanas ou mais devem ser acompanhadas com maior vigilância, podendo ser solicitados exames complementares para avaliação do bem-estar fetal.

2.4.3 Consulta domiciliar

Recomenda-se a realização de pelo menos uma visita domiciliar durante o pré-natal, preferencialmente nas etapas iniciais do acompanhamento. Essa visita tem os seguintes objetivos:

- Avaliar a estrutura física, as condições sanitárias e a mobilidade no espaço domiciliar;
- Estimar o tempo de deslocamento até o hospital de referência;
- Verificar pontos de acesso, riscos ambientais e local adequado para instalação de piscina inflável, caso desejada, garantindo acesso seguro às bordas;
- Planejar o espaço destinado à disposição dos materiais e à assistência à gestante e ao recém-nascido;
- Orientar a família quanto aos materiais a serem providenciados até a 37ª semana.

A visita domiciliar também deve contemplar conversas sobre a ambiência e sobre os desejos da gestante em relação à preparação do espaço, incluindo música, iluminação, aromas e objetos afetivos, de forma que esses elementos possam ser incorporados ao plano de parto.

A organização da ambiência compreende o preparo do domicílio para o trabalho de parto, o parto e o pós-parto. Por essa razão, recomenda-se conversa detalhada sobre esse planejamento, de modo que o processo seja construído com a participação da gestante, de sua parceria e de outros familiares presentes, quando esse for o desejo da mulher.

2.5 Plano de contingência

Desde o início do acompanhamento, é essencial que a equipe discuta com a família os possíveis desfechos do parto domiciliar planejado e elabore plano de contingência claro, detalhado e individualizado, considerando as condições concretas disponíveis para aquela família. Esse planejamento tem por finalidade garantir segurança e agilidade diante de intercorrências e está ancorado pela Resolução nº672/2021 do Cofen.

O plano de contingência deve contemplar:

- Mapeamento de hospitais de referência, considerando tempo de deslocamento, disponibilidade da instituição, pública ou privada, conforme as condições da família, qualidade do atendimento e acolhimento às transferências obstétricas e neonatais;
- Estabelecimento de comunicação prévia, sempre que possível, com os serviços hospitalares e com equipe médica de retaguarda, quando existente;
- Elaboração de quatro planos operacionais:

Plano A – parto domiciliar planejado, com assistência conforme o plano inicialmente estabelecido;

Plano B – intercorrência gestacional, com mudança para acompanhamento hospitalar antes do início do trabalho de parto;

Plano C – transferência não emergencial, com deslocamento durante o trabalho de parto, sem urgência imediata;

Plano D – emergência obstétrica ou neonatal, com transferência imediata por meio de transporte especializado.

Esses planos devem ser discutidos com a família, documentados e atualizados ao longo de todo o acompanhamento. A qualificação desse planejamento exige, ainda, compreensão do cenário obstétrico local e articulação prévia com o sistema de saúde, na medida do possível, em relação à assistência ao parto domiciliar planejado.

2.5.1 Modalidades de transporte e articulação com o sistema de saúde

No contexto brasileiro, ainda não existe integração formal do parto domiciliar planejado ao sistema público de saúde, o que torna indispensável a definição prévia de estratégias para garantir acesso oportuno aos serviços de urgência e emergência. A logística de transporte deve ser planejada com antecedência, com base no cenário local e nas condições da família.

As principais alternativas incluem:

- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), disponível em grande parte do país, embora sujeito a limitações regionais. Pode ser acionado quando o tempo de resposta for compatível com a necessidade clínica;
- Serviço privado de ambulância, recomendado quando o serviço público não oferecer cobertura adequada ou resposta em tempo oportuno;
- Veículo próprio da família, que pode ser utilizado em transferências não emergenciais, desde que haja motorista previamente orientado. Recomenda-se garantir, a partir de 37 semanas, veículo disponível, abastecido e com condutor em condições emocionais de realizar o deslocamento. Não se recomenda que enfermeiras obstetras e obstetrizas assumam a condução do veículo, uma vez que devem permanecer direcionadas ao cuidado obstétrico e neonatal.

Nas situações de emergência, o transporte deve ser realizado prioritariamente por ambulância, pública ou privada, com suporte adequado durante o deslocamento.

2.6 Considerações geográficas

A localização do domicílio deve ser avaliada quanto à viabilidade da assistência domiciliar. Devem ser considerados os seguintes aspectos:

- Tempo entre a preparação da transferência e a chegada ao hospital de referência, preferencialmente em até 30 minutos, incluindo possíveis obstáculos como tráfego;
- Acessibilidade da equipe até o local;
- Condições das vias de acesso e disponibilidade de transporte em caso de intercorrência.

Caso a equipe considere a localização inadequada para a assistência domiciliar, essa decisão deverá ser discutida com a gestante, com orientação sobre alternativas possíveis, como mudança do local de parto, apoio de outra equipe ou opção por parto hospitalar.

2.7 Composição da equipe de atendimento

Para a assistência ao parto domiciliar planejado, recomenda-se a presença de pelo menos dois profissionais habilitados, preferencialmente enfermeiras obstetras e obstetrizes, assegurando modelo de cuidado 1:1, com um profissional direcionado prioritariamente à gestante e outro ao recém-nascido.

As profissionais devem:

- Manter registro ativo no Conselho Regional de Enfermagem de seu estado;
- Possuir título de especialista em obstetrícia, requisito dispensado às obstetrizes;
- Apresentar capacitação atualizada em emergências obstétricas e neonatais, preferencialmente renovada a cada dois anos e ofertada por instituições reconhecidas;
- Realizar treinamentos periódicos da equipe, com frequência mínima anual, a fim de assegurar alinhamento das condutas e uniformidade das práticas assistenciais.

PARTE 3 – CUIDADOS INTRAPARTO NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

3.1 Início do acompanhamento e avaliação do trabalho de parto

Este tópico foi elaborado com base na Diretriz de Assistência ao Parto Normal (2017; 2025), *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience* (2018); *NICE: intrapartum care* (2023) e nas melhores evidências científicas, que fundamentam o modelo de assistência apresentado nesta seção.

O início da assistência ao trabalho de parto no contexto domiciliar deve ser cuidadosamente avaliado, considerando fase clínica, progressão do trabalho de parto e bem-estar materno-fetal. Antes do deslocamento da equipe até o domicílio, recomenda-se escuta atenta da mulher por telefone ou outro meio de comunicação, com a finalidade de identificar sinais de evolução e possíveis intercorrências.

No contexto do parto domiciliar planejado, não há momento fixo e universal para a chegada da equipe ao domicílio, uma vez que a evolução do trabalho de parto varia amplamente entre as parturientes. Entretanto, algumas situações clínicas exigem avaliação imediata em ambiente hospitalar. Nessas circunstâncias, a orientação deverá ser que a gestante se dirija prontamente ao hospital, sem aguardar a chegada da equipe ao domicílio.

Entre essas situações incluem-se:

- Ruptura de membranas associada a sinais de alerta;
- Dor abdominal aguda e persistente com contrações uterinas ininterruptas;
- Sangramento vaginal ativo, visível, com escoamento pelas pernas ou saturação das roupas;
- Ausência de percepção de movimentos fetais por até duas horas.

Na presença de evolução fisiológica, ao chegar ao domicílio a equipe deverá realizar:

- Avaliação clínica da gestante;
- Ausculta fetal intermitente inicial;
- Avaliação da dinâmica uterina;
- Exame físico, incluindo toque vaginal quando clinicamente necessário;

- Verificação da integridade da bolsa amniótica e, se rota, avaliação da coloração, presença, aspecto e quantidade de mecônio;
- Acolhimento emocional.

Toda essa avaliação deverá ser registrada em prontuário, com definição clara da fase do trabalho de parto e justificativa para permanência da equipe ou para orientações em caso de ausência de progressão.

3.2 Disponibilidade da equipe

Durante a evolução fisiológica do trabalho de parto, é essencial que a equipe esteja disponível para iniciar o acompanhamento, preferencialmente a partir da fase ativa, ou sempre que houver indicação clínica ou necessidade identificada pela equipe ou pela família.

Uma vez iniciado o acompanhamento presencial e confirmada a fase ativa do trabalho de parto, recomenda-se que os demais membros da equipe se desloquem ao domicílio, considerando que a duração do trabalho de parto é imprevisível. Em gestantes com cesárea anterior, a monitorização fetal deve ser rigorosa desde o início das contrações regulares, com o objetivo de identificar precocemente alterações da frequência cardíaca fetal sugestivas de ruptura uterina iminente.

Devem ser observados os seguintes aspectos organizacionais:

- A equipe de parto domiciliar planejado deve manter a dupla de profissionais, preferencialmente enfermeiras obstetras e/ou obstetrizes, em regime de disponibilidade contínua, 24 horas por dia, 7 dias por semana;
- Pode ser necessário revezamento entre vigília e descanso das profissionais, possibilidade que deve ser previamente esclarecida no pré-natal e incorporada à logística assistencial;
- Deve-se garantir tempo suficiente para organização dos materiais assistenciais e preparação do ambiente de acordo com o plano de parto;
- Durante o nascimento e no pós-parto imediato, devem estar presentes, no mínimo, duas profissionais da equipe, em consonância com os padrões de segurança e boas práticas para o parto domiciliar planejado.

Caso mais de uma gestante esteja em trabalho de parto simultaneamente, a situação deverá ser organizada entre os membros da equipe para que ambas recebam assistência integral e de qualidade. Sempre que possível, recomenda-se que cada gestante permaneça acompanhada por ao menos uma profissional da equipe. Na indisponibilidade da segunda profissional ou de equipe de retaguarda completa, a gestante deverá ser transferida para o cuidado em maternidade hospitalar.

3.3 Equipamentos essenciais para o cuidado intraparto

A disponibilidade de equipamentos básicos e de emergência é essencial para a segurança da assistência ao parto domiciliar planejado. A equipe deverá chegar ao domicílio com todos os materiais revisados, dentro do prazo de validade, prontos para uso imediato e organizados de modo a favorecer resposta assistencial rápida e segura.

a) Materiais para assistência ao parto

- Luvas estéreis;
- Luvas de procedimento;
- Termômetro;
- Estetoscópio adulto;
- Esfigmomanômetro manual ou digital validado para gestantes (ELITE MOMMY - HEM 7320 -BR2 Omron);
- Sonar Doppler fetal e gel condutor;
- Protetor de colchão;
- Ressuscitador manual adulto com máscara e reservatório;
- Oxímetro;
- Máscara de Venturi;
- Material de sutura, incluindo luvas estéreis, fios, instrumental estéril, gazes estéreis, seringas, agulhas, anestésico local, antisséptico tópico, compressas estéreis, soro fisiológico 0,9% e fonte de iluminação;
- Lâmpada de emergência;
- Manta térmica ou aquecedor de ambiente;
- Recipiente para descarte de perfurocortantes;
- Compressas e gazes estéreis;

- Prontuário com partograma;
- Formulários para transferência (Apêndice C).

b) Materiais para assistência ao recém-nascido

- Luvas estéreis;
- Ventilador com pressão positiva, ou ressuscitador manual, com máscara apropriada para recém-nascido;
- Máscara laríngea;
- Cilindro de oxigênio com fluxômetro, com volume mínimo compatível com a distância até o serviço de referência;
- Material estéril para clampeamento do cordão;
- Manta térmica;
- Estetoscópio infantil;
- Balança;
- Fita métrica;
- Régua antropométrica;
- Termômetro;
- Seringas;
- Agulhas;
- Compressas estéreis;
- Base rígida para reanimação;
- Oxímetro;
- Dispositivo de aspiração conforme protocolo da equipe;
- Cateter nasal para recém-nascido;
- Caderneta da criança;
- Declaração de Nascido Vivo;
- Vitamina K;
- Iodopovidona 2,5%.

c) Material de urgência

- Luvas estéreis;
- Luvas de procedimento;

- Garrote;
- Agulhas;
- Álcool a 70%;
- Cateteres para punção venosa;
- Equipos para soro;
- Esparadrapo;
- Gazes estéreis;
- Seringas;
- Sonda Foley e sonda de alívio;
- Água destilada.

d) Medicamentos de urgência

- Ringer lactato;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Ocitocina injetável;
- Ácido tranexâmico;
- Terbutalina;
- Ergotrate;
- Adrenalina;
- Misoprostol, quando houver respaldo normativo e disponibilidade conforme legislação aplicável.

Os materiais deverão ser conferidos regularmente quanto à integridade e à validade, armazenados em local apropriado, seguro e de fácil acesso. A cada assistência, todo o material necessário deverá ser transportado ao ambiente domiciliar e disponibilizado pela equipe de enfermeiras obstetras e obstetrizes.

A utilização de medicamentos por enfermeiras obstetras e obstetrizes deve estar fundamentada em evidências científicas atualizadas e em protocolos previamente estabelecidos, especialmente no manejo de urgências e emergências que possam ocorrer com a gestante, a parturiente ou o recém-nascido. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem prevê respaldo para administração de medicamentos em situações de urgência, emergência ou regulação. Nesse sentido, condutas como a administração de fármacos no manejo da hemorragia

pós-parto integram o escopo ético e técnico da profissão. No caso de medicamentos com restrição de uso fora do ambiente hospitalar, sua utilização no contexto do parto domiciliar planejado dependerá de articulação entre conselhos profissionais, órgãos reguladores e instâncias jurídicas, de modo a assegurar legitimidade e segurança assistencial.

3.4 Boas práticas durante o trabalho de parto

A assistência ao trabalho de parto no domicílio deve estar alinhada às boas práticas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (2018) e pelas diretrizes nacionais. Entre elas, destacam-se:

- Garantia de acompanhante escolhido pela gestante;
- Liberdade de movimento e de escolha de posições;
- Incentivo à alimentação leve e à hidratação;
- Ambiente acolhedor, seguro e com privacidade;
- Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, como água morna, massagem, técnicas respiratórias e bola de parto;
- Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), conforme indicação, segurança assistencial e escolha da mulher;
- Comunicação efetiva e contínua;
- Respeito às escolhas da gestante, incluindo a recusa de condutas.

O monitoramento da evolução do trabalho de parto deve ser realizado de forma contínua e documentada, com uso do partograma.

3.5 Cuidados no primeiro estágio do trabalho de parto

O primeiro estágio do trabalho de parto corresponde ao período entre o início da fase ativa e a dilatação cervical completa. Trata-se de etapa caracterizada por contrações regulares, progressão da dilatação e descida da apresentação fetal, exigindo monitoramento contínuo das condições materna e fetal, além de suporte físico e emocional à gestante.

A assistência nessa fase deve basear-se na mínima intervenção, com respeito à fisiologia do processo, à autonomia da parturiente e às recomendações da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2017;2025) e da Organização Mundial da Saúde (2018). Em

gestantes com cicatriz uterina, recomenda-se iniciar a monitorização materna e fetal ainda na fase latente do trabalho de parto.

Nessa fase, a equipe deve:

- Realizar ausculta fetal intermitente a cada 15-30 minutos (ver seção 3.6);
- Avaliar a frequência, a duração e a intensidade das contrações a cada hora, considerando intervalo de 10 minutos;
- Verificar periodicamente os sinais vitais maternos:
 - Temperatura materna: a cada 4 horas;
 - Pressão arterial: a cada 4 horas;
 - Frequência cardíaca: a cada 1 hora.
- Observar comportamento, dor e interação da parturiente com o ambiente;
- Estimular e observar o esvaziamento vesical regular;
- Incentivar alimentação e hidratação;
- Observar as características das perdas vaginais, incluindo muco, sangue e líquido amniótico;
- Evitar toques vaginais frequentes, realizando-os apenas quando clinicamente necessários e, preferencialmente, com intervalos de pelo menos 4 horas;
- Assegurar ambiente acolhedor, com liberdade de movimento e respeito às escolhas da parturiente.

3.5.1 Materiais necessários

- Sonar Doppler fetal ou estetoscópio de Pinard;
- Esfigmomanômetro;
- Termômetro digital;
- Relógio com ponteiro de segundos ou cronômetro;
- Luvas de procedimento e estéreis;
- Partograma;
- Prontuário clínico e materiais de anotação.

3.5.2 Registros e documentação

Todas as avaliações, condutas e observações devem ser registradas de forma completa no partograma e na evolução clínica, assegurando documentação clara, rastreável e alinhada às boas práticas assistenciais.

3.6 Ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal

A ausculta intermitente constitui o método recomendado para monitorização fetal no contexto do parto domiciliar planejado, por se tratar de técnica não invasiva, segura e respeitosa, conforme a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2017, 2025) e as recomendações da Organização Mundial da Saúde (2018).

3.6.1 Intervalos recomendados

- Primeiro estágio do trabalho de parto: a cada 15-30 minutos;
- Segundo estágio: 5-15 minutos;

3.6.2 Materiais necessários

- Sonar Doppler ou estetoscópio de Pinard;
- Relógio com ponteiro de segundos ou cronômetro;
- Partograma e prontuário clínico.

3.6.3 Orientações para a ausculta fetal intraparto

A ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal constitui o método de vigilância fetal recomendado para partos de evolução fisiológica em gestações de baixo risco, devendo ser realizada de forma estruturada, sistemática e continuamente registrada. Trata-se de método reconhecido pelas principais diretrizes internacionais como estratégia segura de monitorização intraparto quando aplicada por profissionais habilitadas, uma vez que apresenta desfechos neonatais comparáveis à monitorização eletrônica contínua em populações de baixo risco, com menor associação a intervenções obstétricas, especialmente cesariana e parto instrumental.

A vigilância fetal através da ausculta tem como finalidade identificar precocemente alterações sugestivas de comprometimento da oxigenação fetal, reconhecendo sinais de adaptação fisiológica e de deterioração progressiva do equilíbrio fetal durante o trabalho de

parto. Sua realização deve sempre considerar o contexto clínico global, incluindo progressão do parto, dinâmica uterina, condições maternas e fatores de risco previamente identificados.

A ausculta deve ser realizada com sonar Doppler portátil ou estetoscópio de Pinard, após identificação da posição fetal e localização do dorso fetal por palpação abdominal.

Recomenda-se que a frequência cardíaca fetal seja contada idealmente durante a contração uterina e mantida por pelo menos 30 segundos após seu término, técnica considerada mais sensível para identificação de desacelerações clinicamente relevantes, já que a ausculta realizada apenas entre contrações pode deixar de detectar alterações transitórias associadas à compressão funicular ou à insuficiência uteroplacentária.

No primeiro estágio ativo do trabalho de parto, a ausculta deve ser realizada a cada 15-30 minutos. No segundo estágio passivo, recomenda-se manutenção da avaliação a cada 15 minutos e, no segundo estágio ativo (com presença de puxos) a ausculta deve ocorrer a cada 5 minutos ou após cada contração, devido ao aumento fisiológico da incidência de alterações transitórias nesse período.

Cada avaliação deve contemplar obrigatoriamente a frequência cardíaca basal, a variabilidade, a presença de acelerações transitórias e a identificação de desacelerações. Tal observação contribui para determinar a temporalidade da ausculta em cada estágio do trabalho de parto.

Considera-se frequência cardíaca fetal basal normal valores entre 110 e 160 batimentos por minuto. Frequências persistentemente inferiores a 110 bpm configuram bradicardia fetal, enquanto valores superiores a 160 bpm caracterizam taquicardia fetal. Quando tais alterações persistem por mais de 10 minutos, devem ser interpretadas como alterações sustentadas da linha de base e requerem avaliação clínica imediata. Nessa situação, recomenda-se verificar possíveis fatores maternos e contextuais associados, como posição materna, ingestão alimentar recente, hidratação, temperatura corporal, presença de febre, intensidade da atividade uterina, uso de imersão em água aquecida e outros elementos que possam interferir na ausculta fetal.

Após a adoção de medidas iniciais de correção, a frequência cardíaca fetal deve ser reavaliada em curto intervalo de tempo. Caso o padrão alterado persista ou esteja associado a

outros sinais de alerta, a equipe deve considerar a necessidade de transferência para avaliação complementar e continuidade da assistência em ambiente hospitalar.

Alterações sustentadas da linha de base além de 20 batimentos por minuto em relação ao padrão previamente observado, mantidas por mais de 30 minutos, devem ser consideradas anormais, especialmente por poderem representar sepse materna, febre intraparto, hipóxia fetal progressiva ou deterioração hemodinâmica fetal. Nesses casos, torna-se necessária reavaliação clínica global e preparo para transferência hospitalar.

A presença de acelerações transitórias constitui achado tranquilizador e indica integridade neurológica fetal e adequada reserva de oxigenação. A resposta fetal positiva após movimentação materna, toque vaginal ou estímulo digital do couro cabeludo fetal também sugere boa reserva fisiológica. Quando houver necessidade de avaliação complementar e as condições clínicas permitirem, a estimulação digital do couro cabeludo fetal pode ser utilizada; resposta com aceleração sustentada da frequência cardíaca fetal reduz a probabilidade imediata de acidemia. Por outro lado, a ausência de aceleração após estímulo deve ser interpretada como sinal preocupante e exige vigilância intensificada e tomada de decisão clínica.

A identificação de desacelerações exige análise cuidadosa de sua relação temporal com as contrações uterinas. Sendo assim, de acordo com as definições, se organizam em:

- Desacelerações precoces: acompanham a contração e recuperam-se conforme o seu término. Geralmente refletem compressão cefálica, portanto são típicas do segundo estágio ativo. Isoladamente, têm baixo significado patológico.
- Desacelerações variáveis: quando abruptas, podem ser associadas à compressão de cordão. Podem ocorrer de forma transitória e resolvem à mudança de posição materna.
- Desacelerações tardias: caracterizadas por início após o pico da contração e recuperação lenta após seu término. São mais sugestivas de comprometimento uteroplacentário e requerem maior atenção clínica.
- Desacelerações prolongadas: são definidas como quedas da frequência cardíaca fetal com duração superior a dois minutos e inferior a dez minutos. Quando identificadas, devem ser tratadas como evento potencialmente grave, exigindo intervenção imediata.

- Desacelerações recorrentes: são aquelas presentes em pelo menos 50% das contrações em uma janela de 20 minutos. A recorrência aumenta significativamente a probabilidade de acidemia fetal em evolução e impõe reavaliação clínica rigorosa.

No primeiro estágio do trabalho de parto, a ocorrência de duas contrações consecutivas acompanhadas de desacelerações deve ser interpretada como sinal de alerta clínico. Nesse cenário, recomenda-se interromper temporariamente qualquer procedimento em curso, reposicionar a mulher, preferencialmente em decúbito lateral esquerdo, reavaliar imediatamente a dinâmica uterina, verificar sinais vitais maternos, descartar hiperestimulação uterina e manter a ausculta por tempo mais prolongado.

Quando houver taquissistolia uterina, definida por cinco ou mais contrações em dez minutos, deve-se reconhecer o risco aumentado de hipóxia fetal secundária à redução do tempo de perfusão placentária. Nessa situação, deve-se reduzir estímulos uterinos, suspender qualquer agente uterotônico se estiver em uso e considerar medidas para relaxamento uterino, conforme competência clínica da equipe.

No segundo estágio do trabalho de parto, desacelerações podem ocorrer com maior frequência em razão da compressão cefálica fisiológica; entretanto, quando persistentes, profundas, prolongadas ou associadas à ausência de progressão do nascimento, exigem avaliação imediata da descida fetal e da iminência de nascimento. Na ausência de nascimento iminente, deve-se iniciar processo de transferência hospitalar sem retardar a decisão clínica.

Bradicardia fetal, taquicardia persistente, desacelerações recorrentes, ausência de recuperação após medidas iniciais ou mudança progressiva do padrão auscultatório devem ser consideradas indicações de transferência hospitalar, uma vez que a deterioração fetal pode evoluir em intervalo relativamente curto, especialmente quando associada à redução progressiva da reserva fetal descrita nas evidências clínicas da ausculta intraparto.

A palpação do pulso materno deve ser realizada sempre que houver dúvida diagnóstica, especialmente diante de bradicardia aparente ou ritmos regulares de difícil diferenciação, evitando confusão entre frequência cardíaca materna e fetal. Recomenda-se ainda repetir ausculta após toque vaginal, ruptura espontânea ou artificial de membranas e qualquer mudança clínica materna relevante.

Todos os achados devem ser registrados de forma cronológica e detalhada em prontuário e partograma, incluindo horário, frequência cardíaca fetal observada, relação temporal com contrações uterinas, presença ou ausência de acelerações e desacelerações, intervenções realizadas e resposta obtida. O registro adequado integra a vigilância clínica, fortalece a segurança assistencial e orienta a tomada de decisão diante de eventual necessidade de transferência.

3.6.4 Quadro clínico operacional da ausculta fetal intraparto no PDP

A interpretação clínica da ausculta fetal no parto domiciliar planejado deve sempre considerar o padrão auscultatório em conjunto com a evolução do trabalho de parto, a dinâmica uterina, as condições maternas e a velocidade de recuperação fetal após cada contração. Alterações isoladas podem representar adaptações fisiológicas transitórias; entretanto, persistência, recorrência ou associação entre diferentes achados aumentam a probabilidade de comprometimento fetal progressivo e exigem tomada de decisão rápida.

3.6.5 Ausculta fetal normocárdica, com variabilidade normal e ausência de desacelerações

Quando a frequência cardíaca fetal permanece dentro da faixa fisiológica, com recuperação adequada após as contrações e presença eventual de acelerações transitórias, a conduta é manter a vigilância habitual, respeitando os intervalos recomendados de ausculta conforme estágio do trabalho de parto. O registro deve ser contínuo e associado à observação clínica global da mulher e da progressão fetal.

3.6.6 Desaceleração fetal transitória (queda da frequência basal com recuperação rápida)

Ao identificar frequência inferior a 110 bpm, a primeira conduta é repetir imediatamente a ausculta por 60 segundos, confirmando o achado e palpando simultaneamente o pulso materno para excluir erro de identificação. Deve-se reposicionar a mulher, preferencialmente em decúbito lateral esquerdo ou lateral alternado, orientar respiração lenta e profunda e interromper puxos se estiver em período expulsivo. Após a contração seguinte, realiza-se nova ausculta.

Se houver recuperação rápida para a linha de base normal, mantém-se vigilância intensificada com nova avaliação em intervalo reduzido.

3.6.7 Desaceleração prolongada (mais de 2 minutos)

Quando a desaceleração persiste além de 3 minutos, deve-se assumir risco aumentado de comprometimento fetal agudo. A conduta inclui:

- Mudança imediata de posição materna;
- Avaliação rápida da dinâmica uterina;
- Exame vaginal se houver suspeita de prolapso de cordão, especialmente após ruptura recente de membranas;
- Orientar a mulher a não empurrar o bebê;
- Preparo imediato para transferência.

Se persistir por 10 minutos ou mais, caracteriza bradicardia, alteração grave e a transferência deve ser imediata.

3.6.8 Taquicardia fetal persistente (frequência basal superior a 160 bpm)

Na presença de taquicardia fetal, é necessário avaliar:

- Temperatura materna;
- Frequência cardíaca materna;
- Hidratação;
- Dor intensa;
- Sinais clínicos de infecção;
- Tempo de trabalho de parto.

Se persistir por mais de 10 minutos, sobretudo associada a desacelerações ou alteração progressiva da linha de base, deve-se providenciar transferência. Observe se a temperatura materna pode estar elevada em função da temperatura da água da banheira, no caso de trabalho de parto na água.

3.6.9 Desacelerações precoces

Quando as desacelerações acompanham a contração e recuperam-se imediatamente ao seu término, geralmente refletem compressão cefálica fisiológica. Nessas situações, mantém-

se vigilância habitual, sem necessidade de intervenção específica, desde que a linha de base permaneça normal e haja progressão adequada do parto.

3.6.10 Desacelerações variáveis isoladas

Desacelerações abruptas e de curta duração sugerem compressão funicular transitória. A conduta inicial consiste em:

- Mudança de posição materna;
- Nova ausculta após contração seguinte;
- Avaliação da frequência basal.

Se houver recuperação rápida e não recorrência, mantém-se observação intensificada.

3.6.11 Desacelerações variáveis recorrentes

Quando presentes em pelo menos metade das contrações em intervalo de 20 minutos, devem ser consideradas potencialmente significativas.

Nessa situação recomenda-se:

- Reposicionamento materno;
- Reavaliação da dinâmica uterina;
- Exame vaginal se houver suspeita clínica de cordão baixo;
- Vigilância contínua em intervalo reduzido;
- Preparo para transferência se persistirem.

3.6.12 Desacelerações tardias

Desacelerações iniciadas após o pico da contração e com recuperação lenta indicam provável comprometimento uteroplacentário.

A conduta imediata inclui:

- Posicionamento lateral materno;
- Redução de estímulos físicos;
- Nova ausculta na contração seguinte;

- Providenciar transferência hospitalar.

Nesse caso, fora da iminência do parto (<10cm e <DeLee-3), utilizar terbutalina SC 0,25mg (1/2 ampola).

3.6.13 Desaceleração prolongada (mais de 2 minutos)

Na presença de desaceleração prolongada:

- Orientar a mulher a não empurrar o bebê;
- Mudar posição materna;
- Realizar exame vaginal se indicado;
- Excluir prolapso de cordão;
- Manter ausculta contínua;
- Iniciar transferência sem demora.

Nesse caso, fora da iminência do parto (<10cm e <DeLee-3), utilizar terbutalina SC 0,25mg (1/2 ampola).

3.6.14 Alteração sustentada da linha de base maior que 20 bpm por mais de 30 minutos

Mudanças persistentes da linha de base, mesmo dentro da faixa de normalidade, podem indicar deterioração fetal progressiva.

A conduta inclui:

- Reavaliar quadro materno global;
- Investigar febre, exaustão, desidratação;
- Intensificar ausculta;
- Preparar transferência se persistência da alteração.

3.6.15 Segundo estágio do trabalho de parto

No período expulsivo, desacelerações transitórias podem ocorrer com maior frequência; entretanto, quando associadas à ausência de nascimento iminente, bradicardia sustentada ou perda de progressão fetal, a transferência deve ser iniciada imediatamente.

3.6.16 Critério geral de decisão clínica

Sempre que houver persistência de alteração após medidas iniciais, associação de múltiplos achados ou progressiva deterioração do padrão auscultatório, deve-se considerar que o feto pode estar entrando em processo de acidemia progressiva e a transferência não deve ser retardada.

Desta forma, situações em que a transferência não deve ser retardada:

- Bradicardia;
- Desaceleração prolongada sem recuperação;
- Desacelerações recorrentes associadas à taquicardia;
- Padrão progressivamente deteriorado;
- Ausência de nascimento iminente diante de alteração fetal persistente.

3.6.17 Registros

Todas as auscultações devem ser registradas no partograma e na evolução clínica, com indicação do horário, dos valores observados e das condições da avaliação, antes, durante ou após a contração, além da identificação do dorso fetal e do foco de ausculta. Alterações identificadas e condutas adotadas devem ser documentadas de forma clara, assegurando a rastreabilidade da assistência.

3.7 Ruptura prematura e/ou prolongada de membranas a termo

Nos casos em que a ruptura das membranas ocorre antes do início do trabalho de parto, em gestação a termo, é possível aguardar o início espontâneo do parto, em casa, até 24 horas, se essa for a escolha da parturiente, se houver possibilidade de seguimento dessa escolha, desde que não haja sinais de infecção, febre, taquicardia materna, alterações na ausculta fetal ou outros sinais clínicos de comprometimento, mantendo-se vigilância clínica materno-fetal contínua.

Nessas situações, deve ser realizada avaliação inicial presencial, preferencialmente na primeira hora após o relato da ruptura das membranas. Essa avaliação tem como objetivo estabelecer o diagnóstico clínico a partir da história típica e da evidência clara de perda de líquido amniótico.

Após o diagnóstico de ruptura das membranas, deve-se realizar ausculta fetal, avaliação da presença de contrações uterinas e movimentos fetais, além da verificação dos sinais vitais maternos, incluindo pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e frequência respiratória.

Diante da confirmação do bem-estar materno e fetal, e com registro adequado das informações em prontuário, enfermeiras obstetras e obstetrizes devem oferecer informações claras e baseadas em evidências científicas sobre as possibilidades de manejo expectante ou ativo, apresentando riscos e benefícios, os quais idealmente já devem ter sido discutidos no pré-natal.

Recomenda-se a transferência da gestante para unidade hospitalar nas seguintes situações:

- Presença de sinais de infecção;
- Ausência de trabalho de parto após 24 horas da ruptura das membranas;
- Solicitação materna.

Nos casos em que a escolha for por conduta expectante, orientar a vigilância do movimento fetal, cor do líquido, temperatura e frequência cardíaca da gestante a cada 4 horas (aferida pela mesma e deve ser inferior a 37 °C e < 100 bpm, registrado e comunicada a equipe em caso de valores superiores), ingestão adequada de água e líquidos, não utilizar duchas vaginais ou imersão em água (fora do trabalho de parto). Mediante alterações, a equipe deve ser prontamente informada. Diariamente, realizar avaliação fetal com ausculta e avaliação dos parâmetros maternos.

Nos casos em que o desfecho ocorra no domicílio, recomenda-se:

- Realizar avaliação de risco e excluir fatores adicionais para sepse;
- Manter observação neonatal rigorosa durante todo o atendimento pós-parto, especialmente nas primeiras 4 horas de vida.

3.8 Manejo de atrasos no primeiro estágio do trabalho de parto

Constituem sinais de alerta para atraso da progressão no primeiro estágio do trabalho de parto:

- Ausência de dilatação por mais de quatro horas em trabalho de parto ativo com bolsa rompida;
- Estagnação da rotação e/ou descida da apresentação fetal;
- Contrações irregulares e pouco efetivas por período prolongado.

O manejo deve incluir:

- Avaliação da posição fetal e das condições pélvicas;
- Estímulo à mobilidade, posições verticalizadas e conforto;
- Hidratação e suporte emocional;
- Fortalecimento da confiança e da autonomia da gestante no processo de parto;
- Monitoramento mais frequente da dinâmica uterina.

Na ausência de evolução, a equipe deve avaliar a necessidade de transferência, conforme os critérios clínicos descritos na Parte 4.

3.9 Cuidados no segundo estágio do trabalho de parto

O segundo estágio do trabalho de parto compreende o período entre a dilatação completa, com presença de puxos involuntários, e o nascimento do bebê. A assistência nessa fase deve respeitar a fisiologia do nascimento, a autonomia da gestante e a segurança materno-fetal, em ambiente acolhedor e devidamente informado.

3.9.1 Condutas recomendadas

- Estimular a liberdade de posição e incentivar que a parturiente siga seus instintos;
- Favorecer posições que utilizem a gravidade, respeitando conforto e desejos;
- Não realizar puxos dirigidos;
- Oferecer apoio emocional, mudança de posição e estímulo ao esvaziamento vesical quando os esforços forem ineficazes;
- Assegurar que a família esteja informada e envolvida no cuidado, conforme desejo da gestante.

3.9.2 Monitoramento clínico

Durante o segundo estágio do trabalho de parto, recomenda-se:

- Realizar ausculta da frequência cardíaca fetal com atenção à linha de base, à variabilidade e à presença de acelerações e desacelerações, contemplando o período anterior à contração, o momento da contração e, no mínimo, 30 segundos após seu término;
- Avaliar frequência, duração e intensidade das contrações uterinas a cada 15 minutos, por palpação abdominal;
- Verificar temperatura materna a cada quatro horas;
- Verificar pressão arterial a cada hora;
- Verificar frequência cardíaca materna a cada hora;
- Observar continuamente as perdas vaginais, incluindo muco, sangue e líquido amniótico;
- Estimular o esvaziamento vesical regular.

3.9.3 Avaliação da progressão

A duração do segundo estágio ativo pode variar, devendo sua avaliação considerar, em cada situação, o bem-estar materno-fetal e o contexto da assistência. Ainda que o tempo seja variável, deve haver progressão da descida e/ou da rotação fetal. Na ausência de qualquer progressão, recomenda-se que a equipe esteja atenta aos sinais de alerta e providencie as medidas apropriadas para favorecer a progressão, podendo recorrer a condutas semelhantes às descritas no item 3.8 ou, quando necessário, indicar a transferência.

3.9.4 Registros

Todas as observações, parâmetros clínicos e condutas devem ser documentados em partograma e prontuário, incluindo intercorrências e o plano de cuidado definido.

3.10 Nascimento e cuidados

A técnica de assistência ao nascimento deve ser escolhida de acordo com o contexto clínico e com a prática da profissional responsável. As duas principais abordagens consistem em:

- Hands-on: realização de contrapressão no períneo, geralmente com compressa, para lentificar o desprendimento e a deflexão da cabeça fetal, mediante consentimento da gestante;
- Hands-off: ausência de manipulação do períneo e da cabeça fetal, permitindo o desprendimento espontâneo, com as mãos prontas para intervir, se necessário.

Até o momento, não há evidências conclusivas que demonstrem superioridade de uma técnica em relação à outra. Ambas são consideradas válidas, desde que utilizadas com consentimento informado e em respeito ao bem-estar materno e fetal. O uso de compressas mornas no períneo durante o desprendimento fetal pode ser considerado como estratégia para reduzir trauma perineal grave, devendo ser avaliado quanto ao risco-benefício e realizado apenas com consentimento da parturiente, idealmente pactuado no pré-natal.

O nascimento completo pode ocorrer fisiologicamente em duas etapas, permitindo-se, após a exteriorização do polo cefálico, aguardar o desprendimento espontâneo dos ombros e do corpo na contração subsequente, sem necessidade de intervenção imediata. Na ausência de sinais de distócia de ombros ou de comprometimento do bem-estar materno ou neonatal, pode-se aguardar por até quatro minutos pela progressão espontânea do corpo fetal, desde que mantida vigilância clínica contínua. Essa conduta favorece a adaptação neonatal e contribui para redução de intervenções desnecessárias.

3.10.1 Cuidados

- Garantir ambiente aquecido para recepção do recém-nascido, preferencialmente entre 23 °C e 26 °C;
- Aguardar a rotação externa espontânea da cabeça, observando a face do bebê e sinais de distócia de ombros;
- Permitir que o desprendimento ocorra de forma espontânea, reservando manobras de auxílio para situações de urgência clínica;
- Administrar ocitocina 10 UI intramuscular ou carbetocina 100 mcg intramuscular após o desprendimento biacromial ou imediatamente após o nascimento completo, como profilaxia da hemorragia pós-parto.

O horário do nascimento deve ser registrado assim que houver desprendimento completo do corpo do bebê.

3.11 Dequitação e cuidados com a placenta

Após o nascimento, deve-se manter vigilância contínua da puérpera, com avaliação clínica e monitoramento do processo de dequitação. A assistência à dequitação deve ocorrer observando-se o bem-estar materno, a evolução do desprendimento placentário e a identificação precoce de sinais de sangramento anormal. Essa etapa deve respeitar a fisiologia, evitando intervenções desnecessárias e garantindo prontidão para atuação imediata diante de intercorrências. Considera-se como tempo máximo esperado para a dequitação o período de até 30 minutos após o nascimento (Fundação Oswaldo Cruz, 2023).

3.11.1 Cuidados recomendados

- Aferir sinais vitais maternos e calcular o índice de choque;
- Evitar a tração controlada do cordão, exceto nas seguintes situações:
 - Aumento do sangramento;
 - Alteração do índice de choque;
 - Suspeita de hemorragia interna;
 - Ausência de dequitação espontânea após 15 minutos;
- Observar sinais de desprendimento placentário e, caso a placenta esteja no canal vaginal, realizar a manobra de Jacobs-Dublin para favorecer sua retirada completa;
- Monitorar o sangramento, o tipo de dequitação, Baudelocque-Schultze ou Baudelocque-Duncan, e a presença do globo de segurança de Pinard;
- Revisar a placenta, avaliando cotilédones, membranas e cordão umbilical, com identificação de uma veia e duas artérias;
- Apresentar a placenta à puérpera, se assim desejar.

3.11.2 Destino da placenta

A placenta poderá permanecer com a família ou ser descartada pela equipe responsável. Quando houver retirada pela equipe, recomenda-se transporte em recipiente apropriado. Caso a placenta permaneça com a família, devem ser fornecidas orientações quanto ao acondicionamento e descarte seguro, conforme orientações descritas no item 7 desta Diretriz.

3.12 Período de Greenberg

O período de Greenberg corresponde à primeira hora após o parto, compreendendo a fase de dequitação e observação imediata da puérpera. Nesse período, é fundamental manter monitoramento rigoroso, com o objetivo de identificar precocemente sinais de complicações, como alterações hemodinâmicas, sangramento excessivo e outras intercorrências maternas.

3.12.1 Procedimentos recomendados

- Manter a puérpera em ambiente tranquilo, confortável e aquecido;
- Estimular o contato pele a pele com o recém-nascido e o aleitamento materno;
- Monitorar sinais vitais maternos, incluindo cálculo do índice de choque ($IC = FC/PAS$), a cada 15 minutos na primeira hora e a cada 30 minutos na segunda hora;
- Avaliar o sangramento vaginal quanto à quantidade, às características, à presença de coágulos e ao estado geral da puérpera;
- Palpar o útero para verificar contração e involução uterina;
- Avaliar o períneo quanto à integridade e à presença de trauma;
- Oferecer alimentação adequada à puérpera e estimular ingesta hídrica.

A equipe deve permanecer com a puérpera por, no mínimo, três horas após o nascimento do bebê, conforme a Resolução Cofen nº 786/2025, e deve assegurar que ela se alimente, apresente sangramento controlado e seja capaz de urinar após o parto.

3.13 Avaliação e manejo do trauma perineal no domicílio

O trauma perineal espontâneo pode ocorrer durante o nascimento e deve ser avaliado de forma sistemática, com o objetivo de garantir segurança, conforto materno e prevenção de complicações. A assistência deve respeitar a autonomia da puérpera e ocorrer em ambiente limpo, iluminado e com privacidade.

3.13.1 Avaliação inicial

- Realizar exame visual cuidadoso, com iluminação adequada, e, quando necessário, exame retal para avaliação da integridade da mucosa anal;
- Investigar a presença de lacerações, hematomas ou sangramento ativo;

- Classificar as lacerações de acordo com os graus estabelecidos, do primeiro ao quarto grau.

3.13.2 Condutas clínicas

- Lacerações de primeiro grau, quando não sangrantes e com bordas anatômicas bem aproximadas, geralmente não requerem sutura, desde que essa seja também a escolha da mulher;
- Lacerações de segundo grau ou lacerações sangrantes geralmente requerem sutura, com técnica anatômica e hemostática, utilizando fio absorvível, como vicryl ou catgut;
- Lacerações de terceiro e quarto graus, cervicais e/ou periuretrais indicam transferência hospitalar imediata para reparo por profissional capacitado;
- Hematomas extensos, sangramento persistente ou suspeita de lesão do esfíncter anal indicam transferência.

3.13.3 Materiais e instrumentais necessários

- Fios absorvíveis, como catgut ou vicryl;
- Gazes estéreis;
- Porta-agulha, pinça anatômica, tesoura de Mayo, Kelly e Kocher;
- Antisséptico aquoso ou tópico;
- Lidocaína a 2% sem vasoconstrictor, seringa de 20 mL e agulhas adequadas;
- Luvas estéreis e equipamentos de proteção individual;
- Foco de luz portátil.

3.13.4 Procedimento de sutura, quando indicado

- Realizar anestesia local antes da sutura;
- Identificar os limites anatômicos e o ápice da lesão;
- Utilizar técnica estéril, com pontos contínuos ou separados, conforme as características da lesão;
- Reavaliar a hemostasia ao final do procedimento.

3.13.5 Cuidados pós-procedimento e orientações à puérpera

- Orientar higiene íntima com água e sabonete neutro;
- Orientar observação de sinais de infecção, como dor exacerbada, secreção purulenta ou edema intenso;
- Orientar evitar absorventes internos e relações sexuais até completa cicatrização;
- Informar sobre o tempo de reabsorção dos fios e sobre quando procurar assistência.

3.13.6 Registro

- Registrar tipo, localização e extensão da laceração, anestesia utilizada, técnica empregada, materiais utilizados, avaliação da hemostasia e orientações fornecidas;
- Manter registro da evolução clínica e do plano de seguimento.

3.14 Cuidados imediatos ao recém-nascido

Para orientações específicas, recomenda-se consulta à Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2017), ao manual Atenção à Saúde do Recém-Nascido do Ministério da Saúde (2024) e às recomendações da Organização Mundial da Saúde para cuidado materno e neonatal no pós-parto (2022).

O ambiente do parto e nascimento deve ser aquecido, silencioso e com iluminação indireta, minimizando estímulos sensoriais excessivos ao recém-nascido. A equipe deve estar previamente preparada para diferentes cenários assistenciais, incluindo emergências, com materiais de urgência prontamente disponíveis.

O RN deve ser acolhido com respeito, idealmente podendo ser recebido pela própria parturiente, conforme seu desejo e suas condições. Deve-se assegurar contato pele a pele e aquecimento imediato com panos aquecidos, mantendo esse contato por pelo menos uma hora sempre que possível, favorecendo a colonização pela microbiota materna e fortalecendo o vínculo afetivo.

A equipe deve:

- Avaliar se o recém-nascido apresenta condições para permanecer no colo materno ou se necessita de reanimação em outro local;
- Monitorar a transição neonatal para identificação precoce de dificuldade respiratória ou necessidade de manobras avançadas;

- Realizar apenas os procedimentos estritamente necessários, evitando interferências desnecessárias no vínculo afetivo;
- Orientar a família sobre os procedimentos realizados e sobre as condições clínicas do recém-nascido;
- Incentivar o início da amamentação e auxiliar nesse manejo, se a puérpera desejar.

3.15 Procedimentos imediatos ao recém-nascido

Após estabilização inicial, os procedimentos clínicos devem ser realizados de forma organizada, respeitando o tempo fisiológico de adaptação neonatal e priorizando intervenções necessárias e baseadas em evidências.

3.15.1 Avaliação inicial

- Avaliar a vitalidade no primeiro minuto de vida, considerando frequência cardíaca, respiração, tônus, coloração e reatividade, preferencialmente em contato pele a pele sempre que possível;
- Calcular o índice de Apgar no primeiro e no quinto minuto;
- Verificar a permeabilidade das vias aéreas, realizando limpeza delicada de boca e nariz, se necessário;
- Manter a temperatura corporal por meio do contato pele a pele e do uso de campos aquecidos;
- Se houver necessidade de reanimação neonatal, priorizar sua realização antes mesmo do clampeamento do cordão, desde que o posicionamento permita execução adequada da técnica.

3.15.2 Primeiros cuidados

- Garantir ambiente aquecido para avaliação, preferencialmente entre 23 °C e 26 °C;
- Realizar o clampeamento do cordão apenas após cessar a pulsação, oferecendo o corte à parturiente ou ao acompanhante, se assim desejarem;
- Registrar as avaliações relevantes;
- Coletar sangue do cordão para tipagem sanguínea, fator Rh e teste de Coombs direto nos casos de mãe Rh negativo e genitor Rh positivo ou desconhecido;
 - quando não for possível utilizar sangue placentário, a coleta poderá ser realizada no recém-nascido;
 - poderá ser utilizado teste rápido ABO Rh ou encaminhamento de amostra a laboratório particular;
 - se o laboratório não aceitar a coleta, o recém-nascido deverá ser encaminhado para coleta presencial ou domiciliar em tempo oportuno, de modo a permitir

administração de imunoglobulina à puérpera, se indicada, até 72 horas após o parto;

- Estimular e orientar o aleitamento materno na primeira hora de vida.

3.15.3 Exames e procedimentos de rotina após a primeira hora de vida

- Realizar exame físico completo, incluindo:
 - Inspeção de pele, crânio, fontanelas, face, olhos, boca, nariz, orelhas, pescoço, tórax, abdome, genitália, membros, coluna e ânus;
 - Palpação de fontanelas, clavículas, abdômen, quadris, com manobras de Ortolani e Barlow, e pulsos periféricos;
 - Ausculta cardíaca, considerando frequência cardíaca entre 110 e 160 bpm, ritmo e presença de sopros, ausculta pulmonar, considerando frequência respiratória entre 40 e 60 irpm e simetria respiratória, e ausculta de ruídos intestinais;
 - Avaliação dos reflexos primitivos, incluindo Moro, sucção, preensão palmar, Babinski, marcha automática e tônico-cervical;
 - Realização de medidas antropométricas, incluindo peso, comprimento e perímetros cefálico, torácico e abdominal;
- Aplicar vitamina K, 0,1 mL por via intramuscular na coxa direita, preferencialmente durante a amamentação, se possível;
- Realizar prevenção de oftalmia neonatal, com consentimento da família, quando não houver cultura de secreção vaginal para clamídia e gonorreia negativas.
 - Em caso de recusa, deve-se obter a assinatura da família em termo de recusa que registre os riscos e benefícios relacionados à profilaxia.

3.15.4 Vinculação e orientações

- Restabelecer o contato materno o mais precocemente possível;
- Orientar a família sobre o estado de saúde do recém-nascido, as avaliações realizadas e eventuais alterações identificadas, bem como sobre o encaminhamento indicado, quando necessário.

3.16 Finalização do atendimento após o parto

- Assegurar que as condições maternas e neonatais estejam estáveis, com sinais vitais dentro da normalidade;
- Verificar ausência de sangramento anormal ou de lacerações não tratadas;
- Revisar e organizar todos os registros clínicos;
- Orientar a família sobre sinais de alerta, cuidados iniciais com a amamentação e cuidados com o bebê;
- Agendar a visita pós-parto em até 24 horas;
- Deixar contatos disponíveis para situações de emergência ou dúvidas;
- Descartar ou acondicionar adequadamente os materiais utilizados;
- Entregar a DNV e a caderneta da criança com os registros adequados;
- Realizar o registro da assistência prestada à puérpera e ao recém-nascido em prontuário.

A equipe deve permanecer com a puérpera por, no mínimo, três horas após o nascimento do bebê, conforme a Resolução Cofen nº 786/2025.

PARTE 4 – TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

A transferência hospitalar no contexto do PDP integra o cuidado seguro e deve ser compreendida como parte prevista do modelo assistencial, não como evento excepcional. Sua indicação decorre de avaliação clínica contínua realizada pela equipe assistencial, com base em critérios previamente definidos, conhecidos pela gestante e pactuados durante o pré-natal por meio do plano de contingência.

4.1 Transferência após estabelecimento do trabalho de parto

Quando houver necessidade de transferência, a equipe deve adotar condutas que assegurem estabilidade clínica, comunicação efetiva e continuidade do cuidado até a chegada ao serviço de referência.

4.1.1 Indicações de transferência

- Situações de risco materno ou fetal que inviabilizem a continuidade segura da assistência no domicílio;
- Alterações clínicas, obstétricas ou intercorrências imprevistas que comprometam a segurança materna, fetal ou neonatal.

4.1.2 Condutas recomendadas

- Informar à gestante, à puérpera e seus familiares de forma clara, respeitosa e acolhedora sobre a necessidade de transferência, seus motivos e os próximos passos;
- Avaliar o meio de transporte mais seguro, considerando quadro clínico, tempo de deslocamento até o hospital de referência e condições locais;
- Iniciar imediatamente o protocolo de transferência;
 - Nos casos urgentes, priorizar acionamento do SAMU (192) ou ambulância privada previamente contratada;
 - Nos casos não urgentes, considerar transporte em veículo próprio, desde que em condições seguras;
- Estabilizar clinicamente a gestante, puérpera e/ou recém-nascido antes do deslocamento e manter vigilância contínua durante o transporte;

- Organizar os registros clínicos e preencher relatório de transferência com informações completas, objetivas e legíveis (Apêndice C);
- Garantir que ao menos uma enfermeira obstetra ou obstetriz da equipe acompanhe a transferência sempre que possível, assegurando repasse adequado das informações ao serviço hospitalar;
- Comunicar previamente a unidade de destino, quando viável, favorecendo acolhimento oportuno e continuidade assistencial.

4.1.3 Documentação e registros da transferência

Todos os episódios de transferência devem ser registrados de forma completa, clara e rastreável.

Devem constar:

- Data e horário da decisão de transferência;
- Nome e função dos profissionais envolvidos;
- Motivo clínico da transferência;
- Condições maternas/puerperais e fetais/neonatais, no momento da decisão;
- Plano de ação adotado;
- Registro de contato com unidade hospitalar de referência;
- Tipo de transporte utilizado;
- Presença de acompanhante.

A documentação deve permanecer arquivada no prontuário, em conformidade com princípios éticos e legais de sigilo profissional.

4.1.4 Kit assistencial para transferência

A equipe deve manter material previamente organizado para situações de transferência.

a) Materiais de assistência ao parto

- Luvas estéreis
- Campos estéreis

- Gazes
- Pinças ou clampeadores de cordão
- Tesoura estéril
- Touca para recém-nascido
- Cobertor neonatal
- Seringa
- Agulha

b) Equipamentos de suporte à vida

- Equipamento para ventilação com pressão positiva neonatal com máscaras adequadas
- Tábua de reanimação neonatal
- Manta térmica

c) Medicações e equipamentos clínicos

- Ocitocina ou outro uterotônico
- Sonar Doppler fetal
- Termômetro
- Esfigmomanômetro
- Oxímetro portátil neonatal/adulto

4.2 Indicações para transferência de cuidados

A decisão de transferência deve basear-se em sinais clínicos objetivos identificados durante o acompanhamento.

4.2.1 Indicações de transferência para cuidados obstétricos

- Trabalho de parto prematuro;
- Ruptura de membranas superior a 24 horas, nas condições descritas na seção 3.7;
- Sangramento vaginal significativo;
- Frequência cardíaca materna ≥ 120 bpm em duas aferições consecutivas com intervalo de 30 minutos;

- Pressão arterial sistólica ≥ 160 mmHg ou diastólica ≥ 110 mmHg em uma única aferição;
- Pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg ou diastólica ≥ 90 mmHg em duas aferições com intervalo entre elas de 30 minutos;
- Taquissistolia uterina;
- Temperatura materna $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ em duas aferições com intervalo de 1 hora;
- Dor abdominal intensa persistente;
- Prolapso de cordão;
- Alterações persistentes da frequência cardíaca fetal;
- Parada de progressão após manejo clínico da distocia intraparto;
- Contrações irregulares com necessidade de intervenções invasivas ou medicamentosas;
- Sinais clínicos sugestivos de infecção;
- Solicitação materna.

4.2.2 Indicações de transferência neonatal

A transferência neonatal deve ser iniciada quando houver:

- Apgar < 7 no 5º minuto, mesmo após suporte inicial;
- Gemência, retração intercostal ou batimento de asas nasais;
- Cianose central persistente;
- Apneia;
- Frequência respiratória > 60 irpm;
- Frequência cardíaca < 100 bpm ou > 160 bpm;
- Tempo de preenchimento capilar > 3 segundos;
- Hipotermia ($< 36^{\circ}\text{C}$);
- Hipertermia $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ou $> 37,5^{\circ}\text{C}$ em duas medições com intervalo de 30 minutos;
- Saturação $< 95\%$ após 10 minutos de vida;
- Convulsões ou irritabilidade neurológica;
- Lesões relacionadas ao parto;
- Suspeita ou presença de malformação congênita;
- Sangramento;
- Hipotonia;

- Suspeita de infecção neonatal;
- Peso inferior a 2500 g.

4.2.2.1 Presença de mecônio

Nos RN nascidos sob a presença de mecônio, recomenda-se:

- Observação rigorosa do recém-nascido nas primeiras 3 a 4 horas;
- Transferência hospitalar diante de alterações clínicas;
- Repetição da avaliação na visita pós-natal em até 24 horas;
- Orientação à família quanto a sinais de alerta.

4.2.3 Indicações de transferência materna no pós-parto

- Sangramento contínuo ou aumento súbito do volume sanguíneo;
- Instabilidade hemodinâmica (PA, FC, índice de choque $\geq 0,9$, alteração de consciência);
- Lacerações de 3º ou 4º grau;
- Trauma perineal de difícil reparação;
- Hematoma perineal extenso;
- Retenção placentária não resolvida em até 60 minutos;
- Suspeita de restos ovulares;
- Alterações neurológicas;
- Dor abdominal intensa;
- Sinais clínicos de infecção;
- Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ nas primeiras horas pós-parto.

PARTE 5 - CONSULTAS PÓS-PARTO E CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA

5.1 Cuidados pós-parto e visitas domiciliares

Este tópico foi elaborado com base em *Atenção à Saúde do Recém-Nascido* (Brasil, 2014), *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice* (OMS, 2015) e *Cuidados com a pele e anexos do recém-nascido: da higienização e hidratação ao tratamento* (SBP, 2024), que fundamentam as recomendações apresentadas nesta seção.

A continuidade do cuidado à puérpera e ao recém-nascido deve ser assegurada por pelo menos 45 dias após o parto, garantindo acompanhamento adequado para a recuperação materna e o desenvolvimento do bebê. Todas as puérperas devem receber, no mínimo, quatro consultas realizadas por um enfermeira obstetra/obstetriz, nos seguintes períodos:

- Primeira visita: dentro das primeiras 24 horas após o parto, de forma presencial e no domicílio, respeitando as circunstâncias e preferências da puérpera;
- Entre o 3º e o 5º dia pós-parto (presencial);
- Entre o 10º e o 15º dia pós-parto (presencial);
- Entre o 30º e o 45º dia: para encerramento do acompanhamento (podendo ocorrer de forma remota).

Caso surjam demandas adicionais, a equipe deverá oferecer cuidados individualizados, conforme as necessidades de cada família, podendo, se necessário, realizar um número maior de consultas do que o previsto inicialmente.

5.1.1 Primeira consulta: até 24 horas pós-parto

Avaliação materna e neonatal:

- Exame físico da puérpera e do recém-nascido;
- Verificação dos sinais vitais maternos (FC, PA, T, Sat O²) e neonatais (FC, FR, T);
- Encaminhamento imediato em casos de icterícia neonatal nas primeiras 24h;
- Avaliação da loquiação e involução uterina;
- Avaliação do aleitamento materno: posicionamento, pega e sucção;
- Verificação da micção e da eliminação de mecônio pelo RN;
- Entrega da DNV e da Caderneta da Criança com os dados de nascimento;

- Esclarecimento de dúvidas da puérpera e da família;
- Entrega de orientações escritas ou digitais para apoio aos cuidados pós-parto e neonatais;

5.1.2 Orientações para a família na consulta de até 24 horas

a) Exames neonatais e encaminhamentos:

- Teste do coraçãozinho (oximetria): triagem para cardiopatias congênitas, realizado pela equipe habilitada ou encaminhado entre 24 e 48h de vida;
- Teste do pezinho: encaminhamento entre o 3º e o 5º dia de vida para instituição responsável;
- Teste do reflexo vermelho: realizado pela equipe ou encaminhado ao pediatra.
- Consulta de puericultura: entre o 5º e o 10º dia de vida;
- Vacinas (Hepatite B e BCG): até 30 dias de vida, na rede pública ou privada;
- Teste da linguinha e da orelhinha: encaminhamento para fonoaudiólogo (até 3 meses), podendo ser realizado pela equipe, se capacitada.

b) Cuidados com o recém-nascido:

- Aleitamento materno exclusivo sob livre demanda por, no mínimo, 6 meses;
- Higienização do coto umbilical e mantendo-o seco e arejado;
- Observação da cor da pele para detecção precoce de icterícia;
- Controle da temperatura corporal para prevenir hipotermia ou hipertermia;
- Verificação das eliminações (vesical e intestinal) e orientações sobre a evolução do mecônio nas primeiras 24 e 48 horas, respectivamente;
- Atenção a secreções oculares e sinais de infecção.

c) Orientações para a puérpera no pós-parto:

- Orientação quanto a redução de esforços excessivos para a recuperação pós-parto;
- Monitoramento da apojadura (entre o 3º e 5º dia) e prevenção/tratamento de ingurgitamento mamário;
- Prevenção e cuidado com fissuras mamárias;
- Higiene perineal adequada;
- Alimentação equilibrada e adequada à amamentação;

- Orientação quanto a automedicação e consumo de álcool;
- Orientações sobre retomada da atividade sexual e contracepção;
- Orientação para agendamento da consulta ginecológica pós-parto;
- Direcionamento ao cartório para registro do nascimento, apresentando DNV. até 15 dias do nascimento apresentando DNV para registro do recém-nascido.

5.2 Plano de cuidados pós-natais

As consultas subsequentes devem manter o mesmo rigor na avaliação da puérpera e do bebê. O plano de cuidados será ajustado conforme as necessidades individuais e poderá incluir visitas domiciliares adicionais.

Recomendações essenciais:

- Garantir o encaminhamento adequado da puérpera e do bebê para todos os exames neonatais dentro dos prazos recomendados;
- Personalizar o plano de cuidados conforme as necessidades clínicas, psicológicas e sociais da puérpera e do RN;
- Facilitar a detecção precoce de agravos e o tratamento oportuno;
- Fornecer à puérpera/família orientações por escrito sobre como, quando e com quem entrar em contato em caso de dúvidas ou preocupações;
- Se a última consulta ocorrer antes dos 45 dias, manter disponibilidade para suporte remoto até esse período;
- Encaminhar RN à assistência pediátrica para consultas de rotina;
- Registrar detalhadamente todas as consultas e condutas, assegurando o acompanhamento contínuo.

5.3 Alta da Assistência

A alta da assistência no pós-parto deve ser planejada de forma cuidadosa, garantindo um encerramento seguro do acompanhamento.

Condutas para alta:

- Confirmar a realização de todas as consultas essenciais e ausência de complicações maternas ou neonatais;

- Assegurar que a mulher tenha acesso remoto à equipe, caso necessário;
- Fornecer orientações claras sobre quando buscar nova avaliação clínica;
- Fornecer à família relatório de alta com informações sobre a assistência, parto e o nascimento;
- Finalizar e arquivar todos os registros de visitas e atendimentos.

PARTE 6 – DOCUMENTAÇÃO

6.1 Confidencialidade e registro da assistência

Este tópico foi elaborado com base na Resolução Cofen nº 736/2024, que regulamenta o Processo de Enfermagem e fundamenta as orientações apresentadas nesta seção.

Toda a assistência prestada no PDP deve ser registrada de forma precisa e ética, conforme disposto na Resolução acima citada.

Os registros devem incluir:

- Evolução do trabalho de parto/partograma;
- Registros de ausculta fetal;
- Dados do parto e do recém-nascido;
- Prontuário físico ou digital, com cópia entregue à gestante ao final da assistência.

Todos os documentos devem ser armazenados por 20 anos, conforme Lei nº 13.787/2018) seja em formato físico ou digital;

Recomenda-se ainda o uso da Caderneta da Gestante do SUS ou cartão de pré-natal próprio da equipe, como documento pessoal da gestante/puérpera, como forma de garantir acesso contínuo às informações de saúde e fortalecer a autonomia.

6.2 Notificação de Nascimento

É responsabilidade da enfermeira obstetra/obstetriz realizar o cadastramento junto à Secretaria Municipal de Saúde de cada município onde atua, a fim de garantir:

- A identificação formal da profissional responsável;
- O acesso à DNV;
- A obtenção da Caderneta da Criança e da Caderneta da Gestante.

Requisitos e Procedimentos:

- A profissional deve estar regularmente cadastrada na Secretaria Municipal de Saúde, o que permite a retirada das DNV em branco e o posterior retorno dessas declarações conforme diretrizes do setor responsável;

- A DNV deve ser emitida pelo profissional de saúde que acompanhou a gestação, o parto ou os cuidados iniciais do recém-nascido;
- A equipe assistencial deve estar registrada em seu respectivo Conselho Profissional, com titulação de enfermeira obstetra ou obstetriz;
- A notificação de nascimento deve ser registrada na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do local onde ocorreu a assistência ao parto, garantindo a regularização do registro civil da criança;
- As vias devem portanto ser direcionadas para os seguintes destinos: 1ª via (branca) entregue para a SMS, 2ª via (amarela) entregue ao responsável legal para registro em cartório, 3ª via (rosa) deverá ser entregue na Unidade Básica de Saúde (Brasil, 2022);
- A equipe deve realizar uma cópia da DNV preenchida e armazenar junto aos demais documentos do atendimento.

PARTE 7 – DESCARTE E CUIDADO COM OS MATERIAIS

7.1 Descarte e desinfecção de materiais

Este tópico foi elaborado com base na Resolução RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004 (ANVISA), que fundamenta as orientações apresentadas nesta seção.

O gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde constitui conjunto de procedimentos planejados e implementados com base científica, técnica e normativa, com a finalidade de minimizar a produção de resíduos e assegurar descarte seguro, em proteção às trabalhadoras, à saúde pública, aos recursos naturais e ao meio ambiente.

Cabe à equipe garantir o descarte adequado de materiais contaminados e perfurocortantes, em conformidade com as normas sanitárias vigentes no município de atuação. Para esse fim, as equipes podem contratar empresa especializada para o descarte de resíduos de serviços de saúde ou utilizar, quando disponível, serviço público ofertado pelo município para essa finalidade.

7.1.1 Orientações para descarte

O descarte dos resíduos gerados durante a assistência deve seguir critérios padronizados, com atenção ao tipo de material, ao acondicionamento e ao destino final.

Estes critérios incluem os seguinte cuidados:

- Resíduos com fácil putrefação devem ser mantidos sob refrigeração. Quando isso não for possível, devem ser submetidos a outro método de conservação até o descarte final;
- Resíduos contaminados devem ser acondicionados em sacos brancos resistentes, devidamente identificados e fechados ao atingirem dois terços da capacidade, sendo depositados em recipientes apropriados para esse tipo de descarte;
- Resíduos comuns podem ser descartados em sacos de lixo convencionais;
- Materiais perfurocortantes devem ser descartados em recipientes rígidos, resistentes à punctura, específicos para essa finalidade, sempre fechados e lacrados.

7.2 Cuidados e desinfecção de materiais

A higienização e o processamento adequado dos materiais reutilizáveis são etapas essenciais para prevenir contaminação cruzada e assegurar segurança assistencial.

Todo material reutilizável utilizado durante a assistência deve ser submetido à higienização imediata e adequada. Constituem condutas obrigatórias:

- Lavar os instrumentos com água corrente e sabão imediatamente após o uso, com a finalidade de remover resíduos visíveis e favorecer o transporte seguro até o local de processamento;
- Verificar e registrar periodicamente o prazo de validade dos materiais esterilizados;
- Utilizar, quando necessário, serviços terceirizados de esterilização devidamente autorizados e disponíveis na região;
- Realizar a desinfecção conforme protocolos de biossegurança, com uso de produtos e técnicas apropriados para cada tipo de instrumento.

Cada equipe deve possuir protocolo escrito próprio para descarte e desinfecção de materiais, em conformidade com as exigências da Vigilância Sanitária local, assegurando rastreabilidade dos processos e organização das práticas assistenciais.

PARTE 8 – PROTOCOLOS

Os protocolos a seguir destinam-se a orientar a resposta imediata de enfermeiras obstetras e obstetrizes diante de intercorrências maternas e neonatais no contexto do parto domiciliar planejado. Devem ser utilizados em articulação com os critérios de elegibilidade, os planos de contingência, os fluxos de transferência e os princípios gerais desta diretriz, sempre com avaliação clínica criteriosa, registro adequado das condutas e priorização da segurança materna e neonatal.

8.1 Protocolo de prolapso de cordão

Este protocolo tem como objetivo estabelecer condutas imediatas e padronizadas diante da ocorrência de prolapso de cordão umbilical no contexto do parto domiciliar planejado, buscando reduzir a compressão funicular, preservar a vitalidade fetal e garantir transferência oportuna ao serviço hospitalar de referência.

O prolapso de cordão umbilical é uma emergência obstétrica caracterizada pela protrusão do cordão através do colo uterino, podendo permanecer no interior da vagina ou exteriorizar-se pela vulva, com ou sem compressão entre a apresentação fetal e a pelve materna. Trata-se de condição potencialmente grave, uma vez que a compressão funicular compromete o fluxo sanguíneo fetal e pode evoluir rapidamente para hipóxia aguda e sofrimento fetal importante.

8.1.1 Identificação e avaliação inicial

O reconhecimento precoce do prolapso de cordão é decisivo para o desfecho fetal. Diante da suspeita clínica, a avaliação deve ser imediata.

- Deve-se realizar exame vaginal assim que houver suspeita de prolapso de cordão. O diagnóstico pode ser confirmado quando o cordão estiver visível externamente à vulva, palpável no interior da vagina ou comprimido entre a apresentação fetal e a pelve materna.
- Uma vez confirmado o quadro, recomenda-se verificar a dilatação cervical e a progressão do trabalho de parto, além de comunicar prontamente à parturiente e aos seus familiares a gravidade da situação e a necessidade de transferência urgente.

8.1.2 Conduta imediata para alívio da compressão

- A prioridade inicial consiste em reduzir a compressão do cordão e preservar a oxigenação fetal até a chegada ao hospital;
- Não se deve tentar recolocar o cordão no interior do útero. A parturiente deve ser posicionada de modo a aliviar a compressão funicular, preferencialmente em posição genupeitoral ou em posição de Trendelenburg ou Sims acentuada;

- A equipe deve introduzir a mão na vagina e elevar manualmente a apresentação fetal, mantendo essa elevação de forma contínua até a chegada ao serviço hospitalar;
- Se disponível, pode-se administrar 0,5 mg de terbutalina por via subcutânea com o objetivo de reduzir a atividade contrátil uterina;
- A frequência cardíaca fetal deve ser avaliada rapidamente e, sempre que possível, acompanhada durante a condução do caso.

8.1.3 Preparação para transferência

- A transferência deve ser iniciada sem atraso, utilizando-se o meio de transporte mais rápido e seguro disponível no contexto local;
- O hospital de referência deve ser comunicado imediatamente, com informação objetiva sobre o diagnóstico de prolapso de cordão e sobre as condições fetais no momento da remoção;
- A equipe deve manter preparado o material necessário para reanimação neonatal, considerando a possibilidade de nascimento durante o trajeto.

8.1.4 Cuidados durante o transporte

- Posicionar a mulher em genupeitoral ou Sims acentuada (decúbito lateral com a perna superior acentuadamente flexionada no quadril e joelho, e a inferior estendida) durante o trajeto para auxiliar no alívio da descompressão do cordão umbilical;
- Durante todo o deslocamento, deve-se manter a elevação manual da apresentação fetal;
- Sempre que possível, recomenda-se acompanhar a frequência cardíaca fetal e oferecer suporte emocional contínuo à parturiente e ao acompanhante.

8.1.5 Considerações no período expulsivo

Mesmo quando o diagnóstico ocorre em fase avançada do trabalho de parto, a conduta deve continuar orientada pela segurança fetal. A possibilidade de nascimento no domicílio deve ser analisada com extrema cautela, considerando-se que o parto hospitalar permanece como a via recomendada diante desse quadro.

8.1.6 Registros e comunicação

No momento da chegada ao hospital, a equipe deve relatar de forma clara os achados clínicos e as medidas realizadas até então.

Todos os dados relativos ao evento devem ser registrados de forma precisa e cronológica. Devem constar em prontuário a hora do diagnóstico, as condutas adotadas, a posição utilizada, o uso de medicações, o tempo estimado de transferência, os profissionais envolvidos, a comunicação estabelecida com o hospital e as orientações fornecidas à parturiente e aos acompanhantes.

8.2 Protocolo de distocia de ombro

A distocia de ombro representa uma emergência obstétrica de resolução imediata, na qual a rapidez e a organização da resposta assistencial são determinantes para os desfechos maternos e neonatais. No parto domiciliar planejado, o manejo deve seguir sequência técnica previamente conhecida pela equipe, com intervenções progressivas, oportunas e coordenadas, orientadas à liberação dos ombros fetais e à redução do risco de morbidade. As manobras recomendadas para esse manejo encontram-se descritas neste protocolo e detalhadas no Anexo A.

Define-se distocia de ombro como a impactação dos ombros fetais após a exteriorização da cabeça, dificultando ou impedindo a progressão do nascimento. O diagnóstico é clínico e deve ser reconhecido prontamente diante da ausência de desprendimento dos ombros após o nascimento da cabeça fetal associada a sinais. Entre os sinais clínicos sugestivos destacam-se o sinal da tartaruga, caracterizado pela retração da cabeça fetal após sua exteriorização e a presença de edema facial fetal.

8.2.1 Considerações iniciais

O manejo da distocia de ombro deve ser rápido, organizado e sequencial. O intervalo ideal entre o diagnóstico e o nascimento não deve ultrapassar cinco minutos.

- Recomenda-se realizar rapidamente avaliação digital para confirmação da impactação.
- Cada manobra deve ser aplicada por aproximadamente 30 a 60 segundos antes da progressão para a etapa seguinte.
- São contraindicadas a pressão fúndica e a tração da cabeça fetal.
- As manobras utilizadas têm por objetivo aumentar o espaço funcional da pelve, reduzir o diâmetro biacromial fetal e modificar a relação entre o feto e a pelve, favorecendo rotação e desprendimento.

8.2.2 Condutas e manobras segundo a regra ASAÍDA

O manejo pode ser organizado segundo a regra mnemônica ASAÍDA, com progressão ordenada entre as etapas.

- Na etapa inicial, deve-se pedir ajuda, avisar a parturiente e aumentar o agachamento. Recomenda-se acionar a equipe de apoio, avisar o transporte, organizar o material necessário para assistência e reanimação neonatal e comunicar com clareza a parturiente e o acompanhante sobre a intercorrência.
- Em seguida, deve-se iniciar a manobra de McRoberts, adaptando-a à posição inicial da gestante. Se estiver em cócoras, recomenda-se auxiliá-la a levantar, hiperflexionar os membros inferiores e, se apropriado, retornar à posição. Se estiver em posição supina, deve-se hiperflexionar os membros inferiores, aproximando as coxas do abdômen.
- Quando a gestante estiver na banheira, deve-se avaliar imediatamente a viabilidade de permanência e, se necessário, retirá-la da água.
- Se a manobra inicial não for eficaz, deve-se realizar pressão suprapúbica no lado do dorso fetal, inicialmente de forma contínua por 30 segundos. Se necessário, essa pressão pode ser mantida de forma intermitente por mais 30 segundos.
- Persistindo a distócia, recomenda-se alterar a posição da parturiente para quatro apoios, com hiperextensão das pernas. Essa mudança pode resolver grande parte dos casos.
- Se ainda assim não houver resolução, deve-se proceder às manobras internas. A manobra de Rubin II consiste em posicionar uma das mãos posteriormente ao ombro anterior e tentar rotacioná-lo em direção ao tórax fetal. Na manobra de Wood, acrescenta-se a outra mão à face anterior do ombro posterior, promovendo rotação do feto no mesmo sentido. Na manobra de Wood reverso, inverte-se a direção da rotação.
- Outra possibilidade é o desprendimento do braço posterior. Nesse caso, identifica-se o braço voltado ao sacro materno, introduz-se a mão posteriormente ao ombro fetal até alcançar o cotovelo e realiza-se sua flexão e condução anterior sobre o tórax fetal, sem tracionar diretamente o braço.
- Na ausência de resolução, devem ser consideradas manobras de resgate, como tração axilar ou manobra de sling. Em último caso, pode-se considerar fratura intencional de clavícula, unilateral ou bilateral, mediante pressão controlada sobre a clavícula anterior, voltada ao púbis materno.

Se as manobras forem ineficazes ou surgirem complicações, deve-se indicar transferência hospitalar imediata.

8.2.3 Cuidados após o evento

Após o nascimento, a assistência deve voltar-se à avaliação materna e neonatal, bem como ao acolhimento da família. Recomenda-se oferecer suporte emocional à parturiente e aos familiares e avaliar cuidadosamente o recém-nascido quanto à presença de lesões, necessidade de reanimação ou necessidade de encaminhamento.

8.2.4 Registros e comunicação

Havendo transferência, a comunicação com a equipe hospitalar deve ser clara e objetiva.

A documentação da distocia de ombro deve ser detalhada e precisa. Devem constar em prontuário o lado do ombro impactado, a sequência das manobras utilizadas, o tempo total entre o diagnóstico e o nascimento, a efetividade de cada manobra, os materiais utilizados, a condição neonatal ao nascimento e as orientações fornecidas à família.

8.3 Protocolo de hemorragia pós-parto

A hemorragia pós-parto representa uma emergência obstétrica de elevada relevância clínica e exige vigilância contínua, reconhecimento precoce e resposta imediata da equipe assistencial. No contexto do parto domiciliar planejado, a condução adequada do sangramento materno anormal depende de avaliação clínica sistemática, identificação rápida de sinais de gravidade e implementação oportuna de medidas terapêuticas e de transferência, quando indicadas.

Para fins assistenciais, considera-se hemorragia pós-parto como instabilidade hemodinâmica associada a perda de 300 ml de sangue ou a perda sanguínea igual ou superior a 500 ml após parto vaginal. No entanto, volumes inferiores já devem ser interpretados com atenção quando associados a alterações hemodinâmicas maternas, como frequência cardíaca superior a 100 bpm ou aumento de 20 bpm em relação ao basal e/ou pressão arterial sistólica inferior a 100 mmHg ou redução de 20 mmHg em relação ao valor basal. Mesmo na ausência inicial de repercussão clínica evidente, perdas superiores a 500 ml exigem intervenção imediata, diante do risco de rápida deterioração materna.

8.3.1 Condutas imediatas da equipe após o nascimento

Uma vez identificado o sangramento anormal, o manejo deve ser iniciado prontamente, com atuação coordenada da equipe.

- A puérpera deve ser posicionada em local seguro, preferencialmente em posição semi reclinada. Os sinais vitais e o estado neurológico devem ser monitorados a cada 15 minutos. A perda sanguínea deve ser avaliada continuamente.
- Sempre que possível, deve-se estimular a amamentação, com a finalidade de favorecer a contração uterina.
- A equipe deve atuar de forma organizada para prevenir progressão para choque hipovolêmico e preparar transferência imediata sempre que houver instabilidade hemodinâmica.

8.3.2 Classificação

Para fins clínicos, a hemorragia pós-parto pode ser classificada em primária, quando ocorre até 24 horas após o nascimento, e secundária, quando ocorre após esse período.

A hemorragia primária está mais frequentemente associada a atonia uterina, lacerações, retenção placentária, ruptura ou inversão uterina e distúrbios de coagulação.

A hemorragia secundária pode estar associada a infecção puerperal, restos placentários, doença trofoblástica ou distúrbios de coagulação.

8.3.3 Estimativa da perda sanguínea

- A mensuração objetiva da perda sanguínea é recomendada sempre que possível. Devem ser utilizados, preferencialmente, dispositivos coletores graduados, com marcadores de 300 e 500 ml.

8.3.4 Resposta imediata frente à hemorragia

Diante do diagnóstico, a equipe deve comunicar prontamente a situação à puérpera e aos demais profissionais presentes, além de acionar apoio adicional.

- Devem ser imediatamente iniciadas medidas voltadas à manutenção da oxigenação e da perfusão tecidual. Recomenda-se puncionar dois acessos venosos calibrosos, preferencialmente 16G, em membros diferentes. Os membros inferiores devem ser elevados. Oxigênio deve ser ofertado se a saturação for inferior a 92%, em fluxo de 5 l/min por máscara facial.
- A equipe deve verificar o esvaziamento vesical, realizando cateterismo vesical se necessário, e adotar medidas para prevenção de hipotermia, com uso de cobertores e monitoramento da temperatura axilar entre 35,7 °C e 37 °C a cada 15 minutos.

8.3.5 Estimativa de gravidade pelo índice de choque

A avaliação seriada dos sinais clínicos deve ser complementada pelo cálculo do índice de choque, obtido pela divisão da frequência cardíaca pela pressão arterial sistólica.

- Devem ser monitorados pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio, nível de consciência, diurese e temperatura.
- Índice de choque igual ou superior a 0,9 indica alto risco de necessidade transfusional e deve ser interpretado como indicação de transferência imediata.

8.3.6 Diagnóstico da causa segundo os 4 Ts

A investigação da causa da hemorragia deve ser sistemática, considerando a possibilidade de sobreposição entre mecanismos etiológicos.

- No componente tônus, relacionado à atonia uterina, deve-se realizar massagem uterina imediata por 1 a 2 minutos. Recomenda-se administrar ocitocina 10 UI por via endovenosa, diluída em 100 a 250 ml de soro fisiológico 0,9%, em 10 minutos. Para manutenção, pode-se utilizar 20 UI em 1000 ml de soro fisiológico 0,9%, em 4 horas.
- Se necessário, pode-se administrar misoprostol, na dose de 4 comprimidos sublinguais de 200 mcg. A via retal pode ser considerada em situações de rebaixamento do nível de consciência.
- Também se recomenda ácido tranexâmico 1 g por via endovenosa, em 10 minutos, diluído em 100 a 250 ml de soro fisiológico, em acesso venoso diferente daquele utilizado para a ocitocina.
- A reposição volêmica deve ser iniciada com soro fisiológico 0,9% ou Ringer lactato, entre 500 e 1000 ml, sem ultrapassar 1500 ml no total das infusões.

Na ausência de resposta, deve-se providenciar transferência imediata, mantendo todos os cuidados até a remoção. Se disponível, pode-se instalar traje antichoque não pneumático para o transporte. A compressão uterina bimanual deve ser realizada quando indicada. O ácido tranexâmico pode ser repetido após 30 minutos.

No componente trauma, devem ser pesquisadas lacerações, hematomas, ruptura ou inversão uterina. Lacerações simples podem ser suturadas no local. Lacerações de terceiro e quarto graus, lacerações cervicais, periuretrais ou lesões de difícil visualização requerem transferência, preferencialmente com tamponamento compressivo por gazes estéreis. Hematomas extensos também indicam transferência. Inversão uterina ou ruptura uterina exigem suporte básico imediato e remoção urgente.

No componente tecido, relacionado à retenção placentária ou restos ovulares, deve-se proceder à tração controlada do cordão na ausência de dequitação, com monitoramento do sangramento. Se não houver dequitação após 30 minutos, ou se houver instabilidade clínica, a puérpera deve ser transferida. Quando a placenta já tiver sido expulsa, mas o sangramento persistir, deve-se verificar sua integridade e, se houver suspeita de restos, revisar a cavidade uterina com curagem digital sob luva estéril. Na confirmação, a transferência é indicada.

No componente trombina, na suspeita de coagulopatia, não se deve remover a placenta. Deve-se providenciar transferência imediata e manter reposição volêmica até a chegada ao hospital.

8.3.7 Monitoramento contínuo

Após o controle inicial, a vigilância deve permanecer rigorosa.

- Recomenda-se monitorar sinais vitais a cada 15 minutos desde o nascimento até uma hora após a dequitação, depois a cada 30 minutos por 4 horas e, posteriormente, a cada 3 horas.
- A perda sanguínea deve permanecer sob observação contínua. A avaliação geral deve incluir observação de cefaleia, edema, capacidade de locomoção e condições maternas para o cuidado ao recém-nascido.
- Se não houver transferência, recomenda-se hemograma 24 horas após o evento.

8.3.8 Reposição volêmica

A reposição volêmica deve ser realizada, preferencialmente, com soluções aquecidas. Recomenda-se instalação de sonda vesical de demora para controle rigoroso da diurese.

8.3.9 Registros e documentação

Todos os sinais clínicos identificados devem ser descritos em prontuário. Devem ser registrados o horário de início da hemorragia, o volume estimado da perda sanguínea, as medicações administradas, as manobras realizadas, a resposta clínica obtida, a comunicação com hospital e familiares e a decisão de transferência, quando aplicável.

8.4 Protocolo de reanimação neonatal imediata

A reanimação neonatal imediata constitui componente essencial da assistência segura ao parto domiciliar planejado e requer preparo prévio, organização da equipe e resposta clínica imediata diante de alterações da vitalidade ao nascimento. No contexto desta diretriz, seu objetivo é orientar a atuação de enfermeiras obstetras e obstetrizes em situações que demandem suporte neonatal imediato, assegurando condutas eficazes, seguras e oportunas.

Corresponde ao conjunto de intervenções iniciadas logo após o nascimento quando o recém-nascido não apresenta adaptação fisiológica adequada à vida extrauterina. Inclui avaliação clínica rápida, manutenção térmica, garantia da permeabilidade das vias aéreas, suporte ventilatório e, quando necessário, medidas avançadas de ressuscitação, de acordo com as recomendações vigentes para assistência neonatal.

8.4.1 Materiais e equipamentos necessários

A organização prévia do ambiente e dos materiais é condição essencial para uma resposta rápida e segura.

- Deve-se assegurar ambiente térmico entre 23 °C e 26 °C, sem corrente de ar, bem como fonte de calor, como manta térmica ou aquecedor portátil ajustado em torno de 36 °C.
- Devem estar disponíveis tábua de reanimação com acesso por três lados, relógio com ponteiro de segundos, termômetro digital para o ambiente, campos secos aquecidos, oxímetro de pulso com sensor neonatal, fonte de oxigênio, reanimador manual neonatal, preferencialmente balão autoinflável de 750 ml com válvula limitadora de pressão entre 30 e 40 cmH₂O e, se possível, manômetro, máscaras redondas de silicone com coxim em tamanhos adequados, máscara laríngea, estetoscópio neonatal, luvas, óculos de proteção, compressas e gazes estéreis, tesoura de ponta romba, clampeador de cordão umbilical e cilindro portátil de oxigênio.

8.4.2 Avaliação inicial e preparação

A preparação para possível reanimação deve começar ainda antes do nascimento, especialmente diante de sinais de comprometimento fetal.

- Antes do nascimento, recomenda-se identificar alterações da vitalidade fetal, comunicar a equipe, acionar protocolo de transferência quando houver tempo hábil, informar a mulher e seus familiares e testar previamente os equipamentos, posicionando os materiais de modo acessível.
- Após o nascimento, a equipe deve responder rapidamente a três perguntas iniciais: se o bebê é a termo, se respira ou chora e se apresenta tônus adequado.
- Quando todas as respostas forem afirmativas, devem ser mantidos os cuidados de rotina. Se alguma resposta for negativa, deve-se iniciar o protocolo de reanimação.

8.4.3 Intervenção inicial

A intervenção inicial deve ocorrer de forma imediata, organizada e com mínima interrupção entre as etapas.

- O recém-nascido deve ser posicionado sob fonte de calor e seco com campos aquecidos, evitando-se hipertermia e mantendo-se a temperatura entre 36,5 °C e 37,5 °C.
- A cabeça deve ser posicionada em leve extensão e, se necessário, pode-se utilizar coxim sob os ombros para favorecer a permeabilidade das vias aéreas.

Quando tecnicamente viável, a reanimação pode ser iniciada antes do clampeamento do cordão. Sempre que possível, recomenda-se que ela seja realizada com o cordão ainda íntegro.

8.4.4 Indicação e realização da ventilação com pressão positiva

- A ventilação com pressão positiva deve ser iniciada sem demora nas situações de apneia persistente, respiração irregular ou frequência cardíaca inferior a 100 bpm.
- Recomenda-se iniciar essa ventilação nos primeiros 60 segundos de vida, utilizando balão autoinflável com ar ambiente. A saturação deve ser monitorada por oxímetro posicionado no membro superior direito.

8.4.5 Reavaliação

- Após 30 segundos de ventilação com pressão positiva, se a frequência cardíaca estiver acima de 100 bpm e houver respiração espontânea, a reanimação pode ser encerrada.
- Se a frequência cardíaca permanecer inferior a 100 bpm, deve-se revisar a técnica, manter a ventilação e considerar o uso de máscara laríngea.
- Se a frequência cardíaca estiver inferior a 60 bpm, devem ser iniciadas compressões torácicas na proporção de 3:1, com oxigênio a 100%.
- Após 60 segundos de ventilação com pressão positiva associada a compressões, quando aplicável, frequência cardíaca inferior a 60 bpm indica necessidade de transferência urgente com reanimação contínua. Se a frequência estiver entre 60 e 100 bpm, deve-se manter a ventilação e proceder à transferência. Se estiver acima de 100 bpm, com respiração espontânea, a reanimação pode ser encerrada, com reavaliação da necessidade de encaminhamento.

8.4.6 Conduta final e transferência

A definição do local de continuidade do cuidado deve considerar a resposta clínica, a estabilidade e a necessidade de suporte.

- Se houver recuperação completa e sinais vitais estáveis, o recém-nascido pode permanecer em cuidados de rotina no domicílio.
- Se houver parada cardiorrespiratória, necessidade de suporte contínuo ou ventilação por mais de um minuto e trinta segundos, está indicada transferência para unidade neonatal de referência, mantendo estabilização e reanimação durante o transporte.

8.4.7 Registros e documentação

O registro assistencial deve descrever com clareza as condições iniciais, os procedimentos realizados e a evolução clínica. Devem ser anotados o horário do nascimento, a avaliação inicial, as respostas às três perguntas, os procedimentos realizados, incluindo ventilação com pressão positiva, compressões torácicas, aspiração e uso de oxigênio, o tempo

total de reanimação, as condições do recém-nascido ao final do atendimento e, quando houver, o encaminhamento e as condições clínicas no momento da transferência.

8.5 Protocolo de reanimação materna

A parada cardiorrespiratória materna constitui uma das situações de maior gravidade clínica na assistência obstétrica e requer resposta imediata, coordenada e tecnicamente qualificada, mesmo em contextos extra-hospitalares. No parto domiciliar planejado, este protocolo tem como objetivo orientar a atuação inicial diante da ausência de circulação e ventilação espontâneas, assegurando início precoce das manobras de suporte à vida, acionamento imediato da rede de emergência e transferência organizada ao serviço hospitalar.

Define-se como a ausência de pulso e/ou respiração em gestantes ou puérperas, podendo ocorrer durante a gestação, no parto ou até 42 dias após o nascimento. A efetividade da reanimação está diretamente relacionada ao tempo de resposta, sendo mais favorável quando iniciada nos primeiros cinco minutos após o evento. A partir desse período, a redução progressiva da oxigenação tecidual leva a comprometimento neurológico importante e diminuição expressiva das chances de sobrevivência materna e fetal.

8.5.1 Materiais e equipamentos

Os materiais destinados à reanimação materna devem permanecer organizados e prontamente acessíveis durante toda a assistência. Devem estar disponíveis reanimador manual com máscara, cateter nasal e máscara de oxigênio, oxímetro de pulso, estetoscópio, seringas e agulhas estéreis, soro fisiológico 0,9%, ringer lactato, catéteres venosos periféricos calibres 16, 18 ou 20, fita microporosa, gaze estéril, tesoura, máscara laríngea, quando disponível, e desfibrilador externo automático, se disponível.

8.5.2 Condutas imediatas

O atendimento deve ser iniciado imediatamente após a identificação da parada cardiorrespiratória, com priorização das manobras de suporte básico.

- Deve-se confirmar inconsciência e ausência de pulso e respiração e iniciar o protocolo CABD, contemplando compressões torácicas, abertura das vias aéreas, ventilação com oxigênio e desfibrilação, quando indicada.

- A gestante deve ser posicionada em superfície rígida. Se a altura uterina estiver ao nível do umbigo ou acima, recomenda-se o deslocamento manual do útero para a esquerda.
- A reanimação cardiopulmonar deve ser iniciada com compressões torácicas de 5 a 6 cm de profundidade, na frequência de 100 a 120 por minuto, seguidas de 2 ventilações com reanimador manual, na proporção de 30:2.

8.5.3 Execução das manobras

- Durante a reanimação, a equipe deve assegurar ventilação eficaz, com elevação torácica visível, e minimizar interrupções nas compressões, evitando pausas superiores a 10 segundos.
- O ritmo cardíaco deve ser verificado após cinco ciclos de reanimação cardiopulmonar. Se houver desfibrilador disponível, deve-se utilizá-lo conforme as orientações do equipamento.
- As manobras de reanimação devem ser mantidas durante toda a permanência no domicílio e ao longo do transporte, quando necessário.

8.5.4 Transferência e comunicação

A articulação com a rede de emergência deve ocorrer desde o início do evento. O serviço de emergência deve ser acionado imediatamente. Se necessário, a reanimação deve ser mantida durante o transporte.

O hospital de referência deve ser comunicado de forma objetiva, com relato da situação clínica e das medidas já adotadas. A família deve receber informação clara sobre a gravidade do quadro e suporte emocional compatível com a situação.

8.5.5 Registros e documentação

A documentação deve registrar de forma cronológica o evento e as condutas adotadas. Devem constar o horário de início da parada cardiorrespiratória, o início das manobras de reanimação, os sinais vitais observados, as condutas realizadas, o tempo de resposta, a comunicação com o hospital e com a equipe de transferência. Todas essas informações devem ser arquivadas em formulário de intercorrência e no prontuário clínico da mulher.

REFERÊNCIA - DIRETRIZ

ALMEIDA, M. F. B.; GUINSBURG, R.; COORDENADORES ESTADUAIS E GRUPO EXECUTIVO PRN SBP; CONSELHO CIENTÍFICO DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGIA DA SBP. *Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: diretrizes 2022 da Sociedade Brasileira de Pediatria*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.25060/PRN-SBP-2022-2>. Acesso em: 8 set. 2025.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Practice Bulletin No. 178: Shoulder dystocia. *Obstetrics & Gynecology*, v. 129, n. 5, p. e123–e133, 2017. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002043. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28426618/>. Acesso em: 8 set. 2025.

AMORIM, M. M. R.; DUARTE, A. C.; ANDREUCCI, C. B.; KNOBEL, R.; TAKEMOTO, M. L. Distócia de ombro: proposta de um novo algoritmo para conduta em partos em posições não supinas. *Femina*, v. 41, n. 3, p. 115-124, 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n3/a4499.pdf>. Acesso em: 8 set. 2025.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIRAS(OS) OBSTETRAS (ABENFO). *Boletim informativo Abenfo*, n. 2, out. 2023. Rio de Janeiro: ABENFO, 2023. Disponível em: <https://abenfo.org.br/wp-content/uploads/2024/05/BOLETIN-INFORMATIVO--ABENFO-N2-2023.pdf>. Acesso em: 24 set. 2024.

BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*, v. 343, d7400, 2011. DOI: 10.1136/bmj.d7400.

BOHREN, M. A.; HOFMEYR, G. J.; SAKALA, C.; FUKUZAWA, R. K.; CUTHBERT, A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7, CD003766, 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28681500/>. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de

serviços de saúde. *Diário Oficial da União*, 10 dez. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965/2014 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD). *Diário Oficial da União*, 15 ago. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 19 mar. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis Declaração de Nascimento Vivo : manual de instruções para preenchimento [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (versão preliminar)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://atencaoprimaria.es.gov.br/Media/AtencaoPrimaria/Mulher/Diretriz%20Nacional%20de%20assistencia%20ao%20Parto%20Normal-2022.pdf>. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (versão preliminar)*. Brasília: Ministério da Saúde; 2025. Disponível em: Assistência ao Parto Normal - Diretriz Nacional — Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 13 set. 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de atenção à saúde da mulher: atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_saude_mulher_prenatal_baixo_risco.pdf. Acesso em: 05 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: política nacional de humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2008.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota técnica conjunta nº 6/2025 – CGIST/DATHI/SVSA/MS: dispõe sobre orientações relacionadas à prevenção da transmissão vertical do HTLV-1/2, incluindo fluxo de testagem na gestação, no parto ou no puerpério, via de nascimento e amamentação*. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-conjunta-no-6-2025-cgist-dathi-svsa-ms.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Rede Cegonha: uma rede de cuidados para a saúde das mulheres e crianças* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Rede Nacional para a Qualidade do Cuidado Materno Infantil – Rede Alyne*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/15793>. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. *Manual técnico: gestação de alto risco* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 692 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Dispõe sobre as diretrizes para a implantação dos Centros de Parto Normal. *Diário Oficial da União*, 12 fev. 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0116_11_02_2009.html. Acesso em: 8 set. 2025.

COLOSSI, L. *Crítérios de elegibilidade das mulheres para o atendimento ao parto domiciliar planejado: proposta de um protocolo* [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/188833/PNFR1030D.pdf?sequence=1>. Acesso em: 8 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Diretrizes para elaboração de protocolos de enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelos Conselhos Regionais*. Brasília: COFEN, 2018. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/Diretrizes-para-elaboração-de-protocolos-de-Enfermagem-.pdf>. Acesso em: 8 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 464, de 2014. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar. Brasília: COFEN, 2014. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014/>. Acesso em: 8 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 516, de 15 de abril de 2016. Dispõe sobre a atuação do enfermeiro obstetra na assistência ao parto. Brasília: COFEN, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 564, de 6 de novembro de 2017. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 672, de 2021. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN, 2021. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-672-2021/>. Acesso em: 8 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 737, de 2 de fevereiro de 2024. Estabelece normas para atuação do enfermeiro obstetra e obstetriz no parto domiciliar planejado. Brasília: COFEN, 2024.

CUMBERLEGE, J. (ed.). *Better births: improving outcomes of maternity services in England – a five year forward view for maternity care*. London: NHS England, 2016. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/publication/better-births-improving-outcomes-of-maternity-services-in-england-a-five-year-forward-view-for-maternity-care/>. Acesso em: 8 set. 2025.

CURSINO, E. G. et al. Parto humanizado: percepção de puérperas assistidas por enfermeiras obstetras. *Revista de Enfermagem UFPE*, v. 14, n. 1, p. 1–9, 2020.

CWM TAF MORGANNWG UNIVERSITY HEALTH BOARD (CTMUHB). *Cord prolapse management protocol* [recurso eletrônico]. Wales: NHS Wales, [s.d.]. Disponível em: <https://wisdom.nhs.wales/a-z-guidelines/c/cord-prolapse-management-ctmuhb-pdf/>. Acesso em: 8 set. 2025.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. *Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC*. Brasília: DATASUS, 2023.

DELGADO NUNES, V.; GHOLITABAR, M.; SIMS, J. M.; BEWLEY, S.; GUIDELINE DEVELOPMENT GROUP. Intrapartum care of healthy women and their babies: summary of

updated NICE guidance. *BMJ*, v. 349, g6886, 2014. Disponível em:
<https://www.bmj.com/content/349/bmj.g6886>. Acesso em: 8 set. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF). Estratificação do risco gestacional: aspectos clínicos. Rio de Janeiro: IFF/Fiocruz, 2024. Disponível em:
https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2024/10/ESTRATIFICACAO_MULHERES_CLINICOS.pdf. Acesso em: 26 ago. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. *Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente: Protocolo E-MOTIVE e redução de hemorragias pós-parto (OMS)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 25 maio 2023. Disponível em:
<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/protocolo-e-motive-e-reducao-de-hemorragias-pos-parto-oms/>. Acesso em: 8 set. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. *Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente: Principais questões sobre intervenções oportunas na hemorragia obstétrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 13 nov. 2024. Disponível em:
<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-intervencoes-oportunas-na-hemorragia-obstetrica/>. Acesso em: 8 set. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). *Principais questões sobre cuidado ao recém-nascido no parto e nascimento*. Rio de Janeiro: Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, 2017. Disponível em:
<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre--cuidado-ao-recem-nascido-no-parto-e-nascimento/>. Acesso em: 8 set. 2025.

HOLLOWELL, J.; ROWE, R.; TOWNEND, J.; KNIGHT, M.; LI, Y.; LINSELL, L.; REDSHAW, M.; BROCKLEHURST, P.; MACFARLANE, A.; MARLOW, N.; MCCOURT, C.; NEWBURN, M.; SANDALL, J.; SILVERTON, L. The Birthplace in England national prospective cohort study: further analyses to enhance policy and service delivery decision-

making for planned place of birth. *Health Services and Delivery Research*, v. 3, n. 36, p. 1-312, 2015. DOI: 10.3310/hsdr03360.

HUANG, J., LU, H., ZANG, Y., REN, L., LI, C., & WANG, J. (2020). The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 87, 102712. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102712>.

HUTTON, E. K. et al. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labor to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: a systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*, v. 14, p. 59-70, 2019.

INSTRUMENTO de Estratificação de Risco Gestacional. 2. ed. Florianópolis: Governo do Estado de Santa Catarina, Secretaria de Estado da Saúde, maio 2022. Disponível em: <https://saude.sc.gov.br/index.php/pt/atencao-primaria-a-saude/gerencias-da-aps/gapps/saude-da-mulher/saude-da-mulher-arquivos/instrumento-de-estratificacao-de-risco-gestacional-2/download>. Acesso em: 8 set. 2025.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO). *WHO labour care guide: new global standard for monitoring childbirth*. London: FIGO, 2020. Disponível em: <https://www.figo.org/news/who-labour-care-guide-new-global-standard-monitoring-childbirth>. Acesso em: 8 set. 2025.

JONGE, A. de et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG*, v. 121, n. 4, p. 353-361, 2014.

KATZ, L. et al. Protagonismo da mulher no processo de parto e nascimento: avanços e desafios. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 42, n. 12, p. 780–786, 2020.

LEVETT, K. M.; SMITH, C. A.; BENSOUSSAN, A. et al. Complementary therapies for labour and birth study: a randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour. *BMJ Open*, v. 6, n. 7, e010691, 2016. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/7/e010691.full.pdf>. Acesso em: 8 set. 2025.

LIVINHALE, C. et al. O direito ao parto humanizado no Brasil: entre políticas públicas e realidade. *Saúde e Sociedade*, v. 27, n. 3, p. 864–875, 2018.

MACONES, G. A.; HANKINS, G. D.; SPONG, C. Y.; HAUTH, J.; MOORE, T. The 2008 NICHD workshop report on electronic fetal monitoring: update on definitions, interpretation, and research guidelines. *Obstetrics & Gynecology*, v. 112, n. 3, p. 661–666, 2008. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181841395. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18757666/>. Acesso em: 8 set. 2025.

MEDINA, M. C. P. *O parto domiciliar como campo de disputa de saberes e práticas: o renascimento do nascimento no Brasil*. 2020. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

MIDDLETON, P.; SHEPHERD, E.; CROWTHER, C. A. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5, CD004945, 2018. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004945.pub4/full>. Acesso em: 8 set. 2025.

MORELLI, A.; SMITH, L.; KARIA, A. et al. Outcomes for women with diabetes admitted for labour care to midwifery units in the UK: a national prospective cohort study and survey of practice using the UK Midwifery Study System (UKMidSS). *BMJ Open*, v. 14, n. 12, e087161, 2024. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/14/12/e087161.full.pdf>. Acesso em: 8 set. 2025.

MOUTA, R. J. O. et al. A utilização da acupuntura na indução do trabalho de parto: uma revisão de escopo. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 8, p. 83291-83302, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/34834>. Acesso em: 8 set. 2025.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). *Intrapartum care for healthy women and babies: Clinical guideline [CG190]*. London: NICE, 2014. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>. Acesso em: 8 set. 2025.

OLIVEIRA, S. M. J. V. et al. Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 19, n. 4, p. 774-782, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/y6DsCXHqtTT6qNvcBYMwgsn/>. Acesso em: 8 set. 2025.

OLSEN, O.; CLAUSEN, J. Planned hospital birth compared with planned home birth for pregnant women at low risk of complications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 3, CD000352, 2023. Disponível em:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000352.pub3/full>. Acesso em: 8 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades*. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso em: 8 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Recomendações da OMS para cuidados durante o parto: uma abordagem centrada na mulher*. Genebra: OMS, 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica*. Brasília: OPAS, 2018.

Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34879/9788579671241-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 8 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Guia de implementação da lista de verificação da OMS para partos seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos*. Genebra: OMS, 2017. Disponível em:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf?sequence=5>. Acesso em: 8 set. 2025.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde (DAV).

Estratificação de risco – linha de cuidado materno-infantil (aprovada na CIB/PR em 24.02.2021). Curitiba: Secretaria da Saúde, [2021]. Disponível em:

https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-02/10%20%20Estratifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20risco%20%20Linha%20de%20cuidado%20materno%20Infantil.pdf. Acesso em: 26 ago. 2025.

PINTASSILGO, S. O risco e as condições sociais e assistenciais da maternidade em Portugal. 2014. Tese (Doutorado) – Instituto universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Lisboa, 2014.

PINTASSILGO, S.; CARVALHO, H. Trends and consequences of the technocratic paradigm of childbirth in Portugal. *Sexual & reproductive healthcare*, v. 13, p. 58–67, 2017.

PINTASSILGO, S. et al. Home birth in Portugal: a comprehensive analysis based on official statistical data. *Social sciences*, v. 12, n. 1, 2023.

POMPEU, K. C.; NUNES, J. A.; SILVA, R. S. et al. Mapeamento das equipes de parto domiciliar planejado: revelando o cenário brasileiro. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, v. 17, n. 12, e13003, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/download/13003/7559/37538>. Acesso em: 8 set. 2025.

PORTAL DE BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Sífilis: diagnóstico e tratamento na gestação* [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: IFF/Fiocruz, 2023. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/11/SIFILIS_NA_GESTACAO_v2023.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

REITSMA, A. et al. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *Canadian Medical Association Journal*, v. 192, n. 13, p. E351–E358, 2020.

REITSMA, A.; SIMIONI, J.; BRUNTON, G.; KAUFMAN, K.; O'BRIEN, M. A. Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: a systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*, v. 21, p. 100319, 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2589-5370%2820%2930063-8>. Acesso em: 8 set. 2025.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS; ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. *Home births*. London: RCOG/RCM, 2007. Disponível em: <http://www.rcog.org.uk/files/rcogcorp/uploadedfiles/JointStatmentHomeBirths2007.pdf>.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. *Umbilical cord prolapse*. 2. ed. London: RCOG, 2014. (Green-top Guideline, n. 50). Disponível em: <https://www.rcog.org.uk/media/3wykswng/gtg-50-umbilicalcordprolapse-2014.pdf>.

SANFELICE, C. F. et al. A medicalização do parto: uma análise das taxas de cesariana no Brasil. *Revista Saúde em Debate*, v. 38, n. 103, p. 733-743, 2014.

SCARF, V. L. et al. The relationship between planned place of birth and outcomes for women with low risk pregnancies: a systematic review and meta-analyses. *Midwifery*, v. 62, p. 230–240, 2018.

SCARF, V. L. et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries. *Midwifery*, v. 62, p. 240–255, 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. *Manual Técnico das Casas de Parto – Município de São Paulo*. São Paulo: SMS-SP, 2016. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/manualcasasdeparto15122016.pdf>. Acesso em: 8 set. 2025.

SMITH, C. A.; ARMOUR, M.; DAHLEN, H. G. Acupuncture or acupressure for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 10, CD002962, 2017. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002962.pub4/full>. Acesso em: 8 set. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz brasileira de cardiologia fetal – 2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 112, n. 5, p. 600-648, 2019. Disponível em: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-S0066-782X2019000500600/0066-782X-abc-S0066-782X2019000500600-pt.x80891.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Cuidados com a higiene do bebê: recomendações para pais e cuidadores*. Departamento Científico de Dermatologia. Rio de Janeiro: SBP, 2020. Disponível em: <https://www.sbp.com.br>. Acesso em: 8 set. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Cuidados com a pele e anexos do recém-nascido: da higienização e hidratação ao tratamento*. Guia Prático de Atualização nº 140. Rio de Janeiro: SBP, 2024. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2024/abril/11/_24424L-GPA_ISBN__Cuidado_Pele_e_Anexos_do_RN.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Nascimento seguro*. Rio de Janeiro: SBP, 2018. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Neonatologia_-_20880b-DC_-_Nascimento_seguro_003_.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Profilaxia da oftalmia neonatal transmitida verticalmente. Rio de Janeiro: SBP; [data não informada]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22851d-DC-Profilaxia_da_Oftalmia_Neonatal_TransmVert.pdf.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Programa Brasileiro de Reanimação Neonatal. Reanimação do recém-nascido <34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2026 da Sociedade Brasileira de Pediatria [Internet]. São Paulo: SBP; 2026. Available from: Sociedade Brasileira de Pediatria, Programa de Reanimação Neonatal.

SPAGNOLI, M.; MONROE, M.; DAVIES, C. The effect of Spinning Babies® education on confidence in implementing techniques and knowledge regarding safety related to labor positioning among birth professionals. *Journal of Perinatal Education*, v. 33, n. 4, p. 206-211, 2024. DOI: 10.1891/JPE-2023-0021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39444747/>. Acesso em: 8 set. 2025.

VALINHO, M. T. M. et al. Humanização do parto no Brasil: avanços e desafios. *Revista de Saúde Pública*, v. 55, supl. 1, p. 1-10, 2021.

WENNERHOLM, U. B.; SALTVEDT, S.; WESSBERG, A. et al. Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEPIIS): multicentre, open label, randomised, superiority trial. *BMJ*, v. 367, 16131, 2019. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/367/bmj.16131>. Acesso em: 8 set. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Care in normal birth: a practical guide*. *Birth*, v. 24, n. 2, p. 121-123, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>. Acesso em: 14 ago. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Geneva: WHO, 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *State of the World's Midwifery 2021: building a health workforce to meet the needs of women, newborns and adolescents everywhere*. Geneva: WHO, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO labour care guide: user's manual*. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017566>. Acesso em: 8 set. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=>. Acesso em: 8 set. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Improving maternal and newborn health and survival and reducing stillbirth: progress report 2023. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://knowledge.unicef.org/health/resource/improving-maternal-and-newborn-health-and-survival-and-reducing-stillbirth-progress-report>. Acesso em: 05 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Transitioning to midwifery models of care: global position paper. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240098268>. Acesso em: 05 jul. 2025.

APÊNDICES - DIRETRIZ

Apêndice A: Lista Discussão sobre o Parto Domiciliar

Este instrumento serve como guia para o diálogo individualizado entre a equipe e a família, assegurando que todos os aspectos relacionados ao parto domiciliar e às possíveis intercorrências sejam compreendidos e discutidos de forma completa.

Tópicos de Discussão

Marque o que já foi abordado e registre observações, se necessário:

Documentos e Planejamento

- ☐ Leitura e compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
- ☐ Elaboração e revisão do Plano de Parto

Apoio e Organização Familiar

- ☐ Papel da equipe durante o trabalho de parto
- ☐ Definição de profissional de backup (caso necessário)
- ☐ Presença do(s) acompanhante(s)
- ☐ Orientações sobre quando acionar as profissionais
- ☐ Planejamento do cuidado com outras crianças durante o parto
- ☐ Manejo da ruptura prematura de membranas ovulares
- ☐ Manutenção da segurança fetal (ausculta cardíaca e vigilância)
- ☐ Métodos de alívio da dor
- ☐ Intervenções medicamentosas profiláticas
- ☐ Cuidados imediatos com a puérpera e o recém-nascido
- ☐ Encaminhamentos e exames neonatais no pós-parto
- ☐ Consulta pediátrica após o nascimento

Condições do Ambiente

- ☐ Acesso ao local e possibilidade de estacionamento
- ☐ Iluminação e temperatura
- ☐ Verificação de sinal telefônico
- ☐ Disponibilidade de alimentos e bebidas leves
- ☐ Organização de roupas, toalhas, lençóis e itens pessoais
- ☐ Organização do espaço para o parto e disposição dos materiais

Outras discussões:

Parto na Água (quando aplicável)

- ☐ Preparação prática e posicionamento
- ☐ Definição de momento ideal para encher a piscina, temperatura da água e sistema de escoamento

Planejamento para Emergências

- ☐ Hospital de referência ou serviço escolhido para eventual transferência
- ☐ Discussão sobre situações de possíveis urgências
- ☐ Definição do método de transporte (SAMU, ambulância particular)
- ☐ Condutas em caso de parto iminente durante transferência

Critérios de Transferência

- ☐ Situações maternas que indicam transferência
- ☐ Situações neonatais que indicam transferência

Identificação da Profissional:

Nome da enfermeira obstetra/obstetriz: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

Este documento tem por finalidade registrar, de maneira clara e objetiva, a sua compreensão e aceitação em relação ao acompanhamento planejado do parto domiciliar, prestado por equipe composta por enfermeiras obstetras e/ou obstetrizes. Todas as informações aqui descritas foram discutidas com a gestante e/ou responsável legal, em linguagem acessível e respeitosa.

1. Descrição do acompanhamento planejado

A assistência ao parto domiciliar planejado se pauta na oferta de informações baseadas em evidências científicas, consultoria personalizada, suporte físico e emocional contínuo durante a gestação, trabalho de parto, parto e puerpério imediato. O acompanhamento inclui:

- Orientações sobre o processo fisiológico do parto e pós-parto;
- Esclarecimento sobre práticas obstétricas e neonatais usuais;
- Apoio na elaboração de plano de parto e dos planos alternativos (Planos B, C e D);
- Indicações de leitura, encaminhamentos, e suporte frente a intercorrências;
- Acompanhamento pré-natal com, no mínimo, 6 consultas, uma delas domiciliar, sendo iniciadas até no máximo 32 semanas de gestação, conforme disponibilidade da equipe;
- Avaliação de elegibilidade contínua, de acordo com parâmetros materno-fetais e evolução gestacional.

A equipe se compromete a estar de prontidão entre 37 e 42 semanas de gestação. A partir de 41 semanas, será oferecida indução ao parto, de acordo com avaliação clínica, e aumentado o monitoramento da vitalidade fetal. O parto poderá ocorrer em domicílio somente se as condições forem consideradas seguras pela equipe.

2. Ações realizadas no pré-natal

Durante o acompanhamento pré-natal, a equipe de PDP realizará um conjunto de ações clínicas, educativas e administrativas com o objetivo de promover a saúde da gestante e do bebê, identificar precocemente fatores de risco e preparar a família para o parto e o pós-parto.

As consultas pré-natais seguirão o calendário mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde, com adequações conforme as necessidades clínicas e sociais da gestante. O cuidado será

centrado na mulher, com escuta qualificada, respeito à autonomia e estímulo à participação ativa no processo de gestar e parir.

Entre as ações realizadas durante o pré-natal destacam-se:

- Avaliação clínica e obstétrica sistemática, incluindo aferição de pressão arterial, ausculta fetal, avaliação do crescimento uterino, exame físico geral, exame ginecológico quando indicado, entre outros procedimentos assistenciais;
- Solicitação, avaliação e acompanhamento de exames laboratoriais e de imagem, com base nas diretrizes nacionais;
- Anamnese detalhada e construção de plano de cuidado individualizado, considerando história obstétrica, condições de saúde pré-existentes, aspectos emocionais e sociais;
- Acompanhamento do bem-estar fetal, com base em sinais clínicos e, quando necessário, exames complementares;
- Discussão e pactuação do plano de parto, incluindo a elaboração do plano de contingência para situações de emergência ou necessidade de transferência;
- Orientações sobre sinais de alerta, cuidados com o corpo, alimentação, atividade física, preparação para o parto e o puerpério;
- Avaliação e fortalecimento da rede de apoio, com incentivo à presença de acompanhante e envolvimento da família;
- Registro minucioso de todas as consultas e intervenções realizadas, conforme preconizado pelas normativas do Ministério da Saúde;
- Encaminhamentos e interconsultas quando indicadas, respeitando a lógica da atenção compartilhada e articulada com a rede de saúde.

As consultas poderão ocorrer na residência da gestante, em espaço definido pela equipe ou por meio de atendimentos virtuais previamente agendados, garantindo o vínculo, a continuidade do cuidado e a acessibilidade da assistência.

3. Critérios para realização do acompanhamento domiciliar

A assistência ao PDP será oferecida exclusivamente a gestantes de risco habitual, conforme critérios clínicos definidos em diretrizes nacionais e internacionais. A inclusão no acompanhamento está condicionada à realização de uma **triagem** prévia, que avalia a elegibilidade clínica, obstétrica, social e geográfica da gestante. A decisão final pela assistência

domiciliar será tomada em conjunto entre a equipe e a gestante, com base nos seguintes critérios:

- Gestação de baixo risco: sem comorbidades ou intercorrências obstétricas relevantes;
- Gestação única, com feto vivo em apresentação cefálica;
- Idade gestacional ≥ 37 semanas e ≤ 41 semanas e 6 dias;
- Bebê com crescimento fetal adequado e movimentos ativos;
- Ausência de fatores clínicos e contextuais que contra indiquem o parto em domicílio;
- Tempo de deslocamento até a unidade de referência inferior a 30 minutos;
- Aceite e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido;
- Presença de pelo menos um acompanhante no dia do parto;
- Comprometimento com o plano de contingência e acompanhamento pré-natal regular.

A manutenção do plano domiciliar será reavaliada continuamente ao longo do pré-natal, podendo ser suspensa em caso de surgimento de situações que modifiquem o risco gestacional ou as condições do contexto.

2. Comunicação com a equipe de assistência

A comunicação entre gestante e equipe é um componente fundamental para a qualidade e segurança do acompanhamento. A equipe se compromete a manter disponibilidade por meio de canais previamente acordados (mensagens, ligações e/ou videochamadas), respeitando os limites de horário estabelecidos durante o pré-natal para dúvidas não urgentes. Casos de urgência ou início do trabalho de parto devem ser comunicados imediatamente por telefone.

Espera-se da gestante ou pessoa responsável o compromisso de informar prontamente qualquer alteração clínica, intercorrência gestacional, sintomas sugestivos de início do trabalho de parto ou sinais de alerta, conforme orientações recebidas.

3- Ações realizadas no parto

O trabalho de parto e o nascimento serão acompanhados por equipe capacitada e experiente, composta por, no mínimo, duas profissionais habilitadas, respeitando os critérios definidos no plano de cuidado estabelecido previamente com a gestante. O atendimento será

pautado por princípios de segurança, respeito, autonomia e centralidade na mulher e na fisiologia do parto.

A equipe acompanhará todas as fases do trabalho de parto, garantindo vigilância clínica contínua, intervenções baseadas em evidências e acolhimento às necessidades físicas e emocionais da mulher e de sua rede de apoio.

Durante o atendimento ao parto domiciliar planejado, serão realizadas as seguintes ações:

- Confirmação da elegibilidade da gestante para o parto domiciliar no momento do início do trabalho de parto, conforme critérios previamente pactuados;
- Monitoramento contínuo da progressão do trabalho de parto e das condições maternas e fetais, por meio de avaliação da dinâmica uterina, ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal, controle de sinais vitais, avaliação do bem-estar materno e outras condutas clínicas necessárias;
- Apoio contínuo à mulher em trabalho de parto, com incentivo à deambulação, escolha livre de posições, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e presença de acompanhantes de sua escolha;
- Respeito ao tempo fisiológico do parto, evitando intervenções desnecessárias e acolhendo as escolhas da mulher com relação ao ambiente, posições e ritmo do nascimento;
- Assistência ao nascimento do bebê, com técnica asséptica, vigilância contínua da vitalidade fetal e materna, e pronta intervenção em caso de intercorrências;
- Avaliação imediata do recém-nascido, incluindo tônus, respiração, coloração e presença de reflexos, com garantia de contato pele a pele e estímulo à amamentação na primeira hora de vida, sempre que possível;
- Realização do clampeamento oportuno do cordão umbilical, preferencialmente após cessar a pulsação;
- Assistência ao período de dequitação e Greenberg, com vigilância ativa de sinais de sangramento, avaliação do útero e da integridade perineal;
- Sutura de lacerações perineais, quando necessário, realizada por profissional qualificada e com consentimento da mulher;
- Administração de medicamentos previstos no protocolo da equipe, quando indicados, como ocitocina, para controle do sangramento pós-parto, conforme práticas baseadas em evidências;

- Preenchimento de documentação obrigatória, incluindo prontuário da gestante, registro do parto, ficha de atendimento do recém-nascido e Declaração de Nascido Vivo (DNV);
- Garantia de plano de contingência previamente definido em caso de necessidade de transferência hospitalar, assegurando transporte adequado, comunicação com serviço de referência e acompanhamento da mulher, conforme pactuado.

4. Ações realizadas no pós-parto imediato

Após o nascimento, a equipe de atendimento ao parto domiciliar planejado dará continuidade ao cuidado, com foco na estabilização clínica, vínculo mãe-bebê e prevenção de complicações. As ações no pós-parto imediato serão realizadas de forma criteriosa, respeitosa e baseada nas melhores evidências disponíveis, garantindo acolhimento e vigilância clínica tanto da mulher quanto do recém-nascido.

As ações realizadas nesse momento incluem:

- Avaliação do bem-estar materno, com verificação dos sinais vitais, monitoramento do sangramento uterino, avaliação da contração uterina e do estado geral da puérpera;
- Apoio à amamentação na primeira hora de vida, com incentivo ao contato pele a pele, observação da pega e orientação quanto à posição e sucção eficaz, respeitando o tempo e o desejo da mulher;
- Avaliação sistemática do recém-nascido, com realização de exame físico completo, registro de peso, estatura, perímetro cefálico e torácico, avaliação de reflexos, coloração, tônus e padrão respiratório;
- Apoio ao estabelecimento do vínculo afetivo-familiar, respeitando o protagonismo da mulher e envolvendo acompanhantes ou pessoas de referência por ela escolhidas;
- Administração de vitamina K e colírio ocular no recém-nascido, quando autorizados previamente pela gestante, conforme protocolos e boas práticas;
- Coleta de informações clínicas e anamnese detalhada do pós-parto, para registro adequado e posterior acompanhamento;
- Avaliação da integridade perineal, com realização de sutura em caso de lacerações, quando indicada, mediante consentimento informado;

- Limpeza do ambiente e organização dos materiais utilizados, assegurando biossegurança, desinfecção e separação adequada de resíduos;
- Orientações iniciais sobre os cuidados com o recém-nascido e com a puérpera, incluindo sinais de alerta, aleitamento materno, cuidados com o coto umbilical, higiene, hidratação e descanso;
- Planejamento conjunto da primeira visita domiciliar pós-parto, de modo a garantir continuidade da assistência e avaliação da díade mãe-bebê;
- Atualização dos registros clínicos da mãe e do bebê, assegurando documentação completa, legível e de acordo com os princípios éticos e legais da profissão.

Durante todo o pós-parto imediato, a equipe manterá vigilância ativa quanto a sinais de hemorragia, alterações respiratórias, hipotonia, hipotermia, dificuldade de amamentação, entre outros fatores de risco, intervindo prontamente em caso de intercorrências. Em situações que demandem transferência para unidade de saúde, será acionado o plano de contingência previamente acordado, assegurando transporte seguro e comunicação com a instituição de destino.

5. Ações realizadas nas visitas pós-parto

As visitas domiciliares no pós-parto são parte essencial da continuidade da assistência no PDP, contribuindo para a vigilância clínica da puérpera e do recém-nascido, além de fortalecer o vínculo entre a equipe de cuidado e a família. Essas visitas devem ser previamente pactuadas com a mulher e realizadas por profissionais qualificados da equipe que acompanhou o parto.

Durante as visitas pós-parto, são realizadas as seguintes ações:

- Avaliação materna completa, com verificação dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura), inspeção do útero e loquiação, observação da cicatrização de lacerações, e acompanhamento de sinais de infecção, anemia ou outros agravos;
- Apoio e avaliação da amamentação, com escuta ativa das dificuldades relatadas, observação da mamada, identificação de lesões mamilares, ingurgitamento, produção de leite e posicionamento do bebê, além de orientações específicas sobre extração, armazenamento e manejo do leite materno;
- Acompanhamento do estado emocional e mental da mulher, com atenção especial aos sinais de tristeza intensa, exaustão, irritabilidade ou sintomas compatíveis com

transtornos mentais comuns no puerpério, como o baby blues ou depressão pós-parto;

- Exame físico completo do recém-nascido, incluindo controle de peso, coloração, tônus, reflexos, padrão respiratório, frequência cardíaca e aleitamento eficaz, bem como avaliação da icterícia e do coto umbilical;
- Apoio ao vínculo afetivo e parental, promovendo o cuidado responsivo, acolhendo dúvidas da família e encorajando práticas baseadas em evidências, como o contato pele a pele, livre demanda e sono seguro;
- Identificação de possíveis fatores de risco para a saúde materna e neonatal, com intervenções clínicas quando necessário ou encaminhamento para unidade de saúde em situações que demandem avaliação especializada;
- Reforço das orientações de autocuidado, como alimentação saudável, higiene íntima, prevenção de infecção mamária e sinais de alerta;
- Revisão do plano de seguimento, com orientação sobre próximas consultas, exames e vacinas, além de escuta sobre a experiência vivida com o parto e o período pós-natal.

O número e o intervalo das visitas podem variar de acordo com as necessidades identificadas e as especificidades de cada contexto familiar, sempre respeitando as boas práticas recomendadas. A primeira visita deve ocorrer preferencialmente nas primeiras 24 a 36 horas após o parto, e outras devem ser programadas conforme avaliação clínica e pactuação com a puérpera e sua rede de apoio.

7. Situações que indicam necessidade de transferência hospitalar

Apesar de o parto domiciliar planejado ser seguro em gestações de baixo risco, podem surgir intercorrências que indiquem a transferência para uma unidade hospitalar. Essas situações incluem, mas não se limitam a:

- Pressão alta;
- Alteração importante da frequência cardíaca fetal (desaceleração persistente ou taquicardia persistente);
- Rotura prolongada da bolsa das águas com sinais de infecção ou caso não haja trabalho de parto após 24 horas de bolsa rota;
- Líquido amniótico tinto de mecônio com alteração da frequência cardíaca fetal;
- Sangramento vaginal anormal antes, durante ou após o parto;

- Sinais de descolamento prematuro de placenta;
- Indicadores de ruptura uterina;
- Placenta retida.
- Algumas condições do bebê podem também determinar a transferência dele para o hospital:
- Desconforto respiratório após o parto,
- Escore de Apgar baixo.

Em qualquer uma dessas situações, a equipe acionará previamente o serviço de referência definido com a gestante, seguindo o plano de contingência previamente construído, e acompanhará a transferência garantindo a continuidade do cuidado e a segurança da mulher e do recém-nascido.

8. Riscos e benefícios da assistência ao parto domiciliar planejado

O parto domiciliar planejado, quando realizado por equipe qualificada e em gestações de baixo risco, é respaldado por evidências científicas nacionais e internacionais como uma alternativa segura à assistência hospitalar. Os principais benefícios incluem:

- Ambiente acolhedor, familiar e com menor risco de intervenções desnecessárias, sem aumento da chance de efeitos maternos e neonatais adversos (Cochrane, 2012).
- Maior controle e autonomia da mulher sobre seu processo de parto;
- Mesmo risco de morbimortalidade materna e neonatal quando comparado ao parto normal hospitalar.
- Redução de intervenções como episiotomia, uso de ocitocina sintética e cesariana;
- Maior taxa de aleitamento materno imediato e de vínculo familiar;
- Menor exposição a infecções nosocomiais.

No entanto, como qualquer modalidade de assistência ao parto, existem riscos associados. Ainda que a equipe esteja preparada para responder a intercorrências, há possibilidade de necessidade de transferência hospitalar urgente ou de intervenções clínicas que não possam ser realizadas no domicílio.

O parto normal é considerado de extremo baixo risco para a mulher que tem uma gestação de baixo risco, porém é importante a ciência de que os atendimentos das urgências podem ser comprometidos caso a mulher esteja fora do hospital (UpToDate, 2016). Há aumento no risco de complicações graves quando, no caso de uma emergência materna, ou do bebê, a

distância do hospital, ou imprevistos no trajeto postergarem o atendimento imediato, sendo necessário que a família esteja ciente deste risco.

As complicações médicas listadas aqui e as demais discutidas durante a gestação não contemplam todas as possíveis e que outras inesperadas e raras, podem eventualmente acontecer.

DESCRIÇÃO DOS INSUCESSOS

O parto pode não se completar espontaneamente devido a alguns fatores (mas não só esses):

- Alteração da vitalidade do bebê detectado durante ausculta dos batimentos
- cardíacos fetais;
- Falta de contrações uterinas, podendo haver a necessidade de intervenções;
- Desproporção entre a criança e a pelve materna, detectada após dilatação
- completa do colo uterino e falha da descida do feto;
- Colo uterino rígido com parada na dilatação;

Nestes casos a gestante será removida imediatamente para o hospital, onde serão tomadas as providências necessárias para a correção do insucesso.

DESCRIÇÃO DE COMPLICAÇÕES

- Infecção materna ou fetal, que incide em 1,49:100 partos;
- Malformação inesperada do bebê;
- Embolia por líquido amniótico, que incide em cerca de 1:20.000 partos;
- Prolapso de cordão, geralmente associado à ruptura precoce da bolsa - ocorre em 1 a 6:1000 partos;
- Descolamento prematuro de placenta, que incide em cerca de 1:200 partos, na
- maioria das vezes em gestações de alto risco;
- Ruptura uterina, que incide entre 0,2% a 1,5% dos partos, sendo o risco maior nos partos submetidos a intervenções, como por exemplo, ocitocina artificial;
- Hemorragia pós-parto, que ocorre em 3 a 10% partos normais;
- Distocia de ombros incide em 1,5:100 em bebês entre 2500 e 4000 g e 5 a 9% em bebês entre 4000 e 4500 g;
- Óbito neonatal por síndrome de aspiração meconial, ocorrendo em 3,8 a cada 100;

- Laceração vaginal profunda, com risco de comprometimento de reto ou bexiga (laceração de 3º ou 4º grau) - ocorre em 1% dos partos no Brasil;
- Descolamento da placenta (6,5:1000);
- Dificuldade respiratória do bebê, necessitando de cuidados mais interventivos.

Todos os insucessos e complicações citados anteriormente têm influências multifatoriais, incluindo questões ligadas à má assistência e gestações com fatores de risco elevados para surgimento de algumas das intercorrências. Em gestantes e bebês saudáveis assistidos por prática baseada em evidências as incidências podem ser menores.

9. Compromisso da gestante ou responsável legal

Declaro que:

- Recebi explicações completas, claras e suficientes sobre os procedimentos envolvidos no Parto Domiciliar Planejado;
- Fui informada sobre os benefícios, riscos, alternativas e limitações do modelo;
- Pude fazer perguntas e obtive respostas satisfatórias;
- Concordo com a proposta de assistência apresentada e com o plano de contingência previamente discutido;
- Estou ciente de que posso revogar este consentimento a qualquer momento;
- Autorizo a realização dos registros clínicos, administrativos e legais pertinentes ao nascimento;
- Me comprometo a seguir as orientações da equipe, comunicar sinais de alerta e manter o plano de parto atualizado com as informações necessárias.

Assinaturas

Nome completo da gestante: _____

Documento de identidade (RG/CPF): _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

Nome da profissional responsável: _____

Registro profissional (Coren/UF): _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: ____/____/____ e não desejo prosseguir o atendimento que dou, com esta, por finalizado.

_____, ____ de _____ de 20 ____.

Apêndice C: Relatório de transferência materna e neonatal

Relatório de Transferência Materna

Nome: _____ Idade: _____ Data do Parto: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____ h

Sexo: _____ Cor: _____

Sinais Vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ T: _____

Medicações Utilizadas:

Condições Perineais: Laceração: Ausente () 1º grau () 2º () 3º ()

Realizado Sutura: () Sim () Não

Placenta: Dequitação completa () Sim () Não

Informações adicionais:

Indicação da transferência:

Transporte: _____ Horário do acionamento do transporte: ____ : ____

Horário da chegada e saída do transporte: ____ : ____ / ____ : ____

Horário de chegada no hospital: ____ : ____

Atendimento: Enf./Obstetiz _____

Assinatura da Paciente

Relatório de Transferência do bebê

RN filho de: _____

Data do Parto: / / Hora: : h

Sexo: _____ Cor: _____

Sinais Vitais: Sat O²: _____ FC: _____ T: _____ FR: _____

Medicação utilizada: _____

Kanakion IM: Sim () Não ()

Apgar: Primeiro minuto _____ Quinto minuto _____

Clampeamento do cordão: () oportuno - 1 a 3 minutos () tardio - após parar de pulsar

Contato pele a pele na primeira hora: () Sim () Não

Amamentou? () Sim () Não

Outras: _____

Informações adicionais:

Motivos da Transferência:

Transporte: _____ Horário do acionamento do transporte: __: __

Horário da chegada e saída do transporte: __: __ / __: __

Horário de chegada no hospital: __: __

Atendimento: Enf./Obstetriz _____

Assinatura da Paciente

ANEXOS - DIRETRIZ

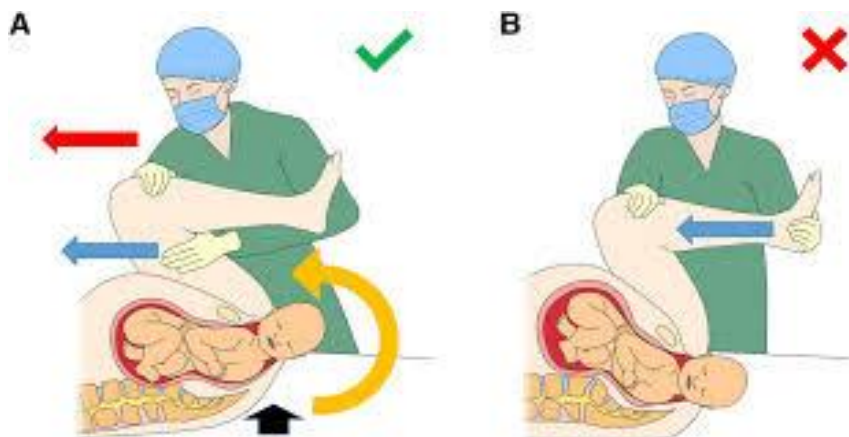
1. Mnemônico A SAÍDA para distocia de ombro

A	Chamar Ajuda; Avisar a parturiente; Anestesista a postos; Aumentar o agachamento (manobra de McRoberts modificada)
S	Pressão suprapúbica externa
A	Alterar a posição para quatro apoios (manobra de Gaskin)
Í	Manobras internas (Rubin II, parafuso de Woods, Woods reversa)
D	Desprender o braço posterior
A	Avaliar manobras de resgate

A - Chamar ajuda;

Avisar a parturiente sobre a necessidade de ajudar o feto no desprendimento;

Aumentar o agachamento – Mc Roberts de acordo com a posição inicial da mulher



S- Pressão Supra Púlica



A -Alterar a posição (quatro apoios)

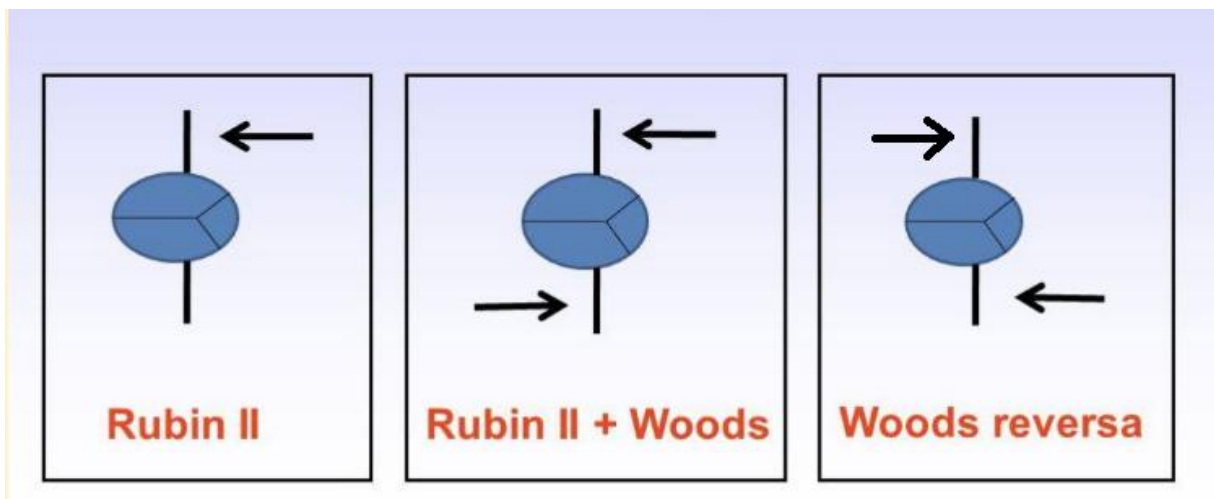
Gasking



Posição de “largada de corrida”



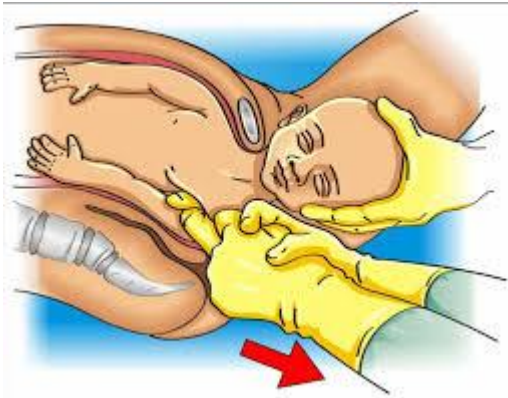
I - Manobras internas (Rubin II Woods e Woods reversa.



D - Desprender o ombro posterior - Desprendimento do braço posterior pela manobra de Jacquemier



Desprendimento do braço posterior pela manobra de Shrug



A- Avaliar manobras de Resgate.

Quebra de clavícula



Manobra de Zavanelli

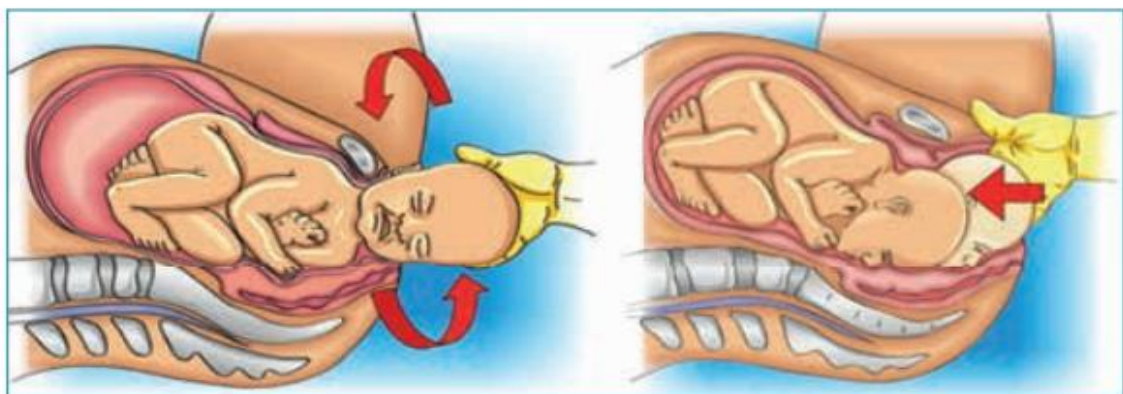
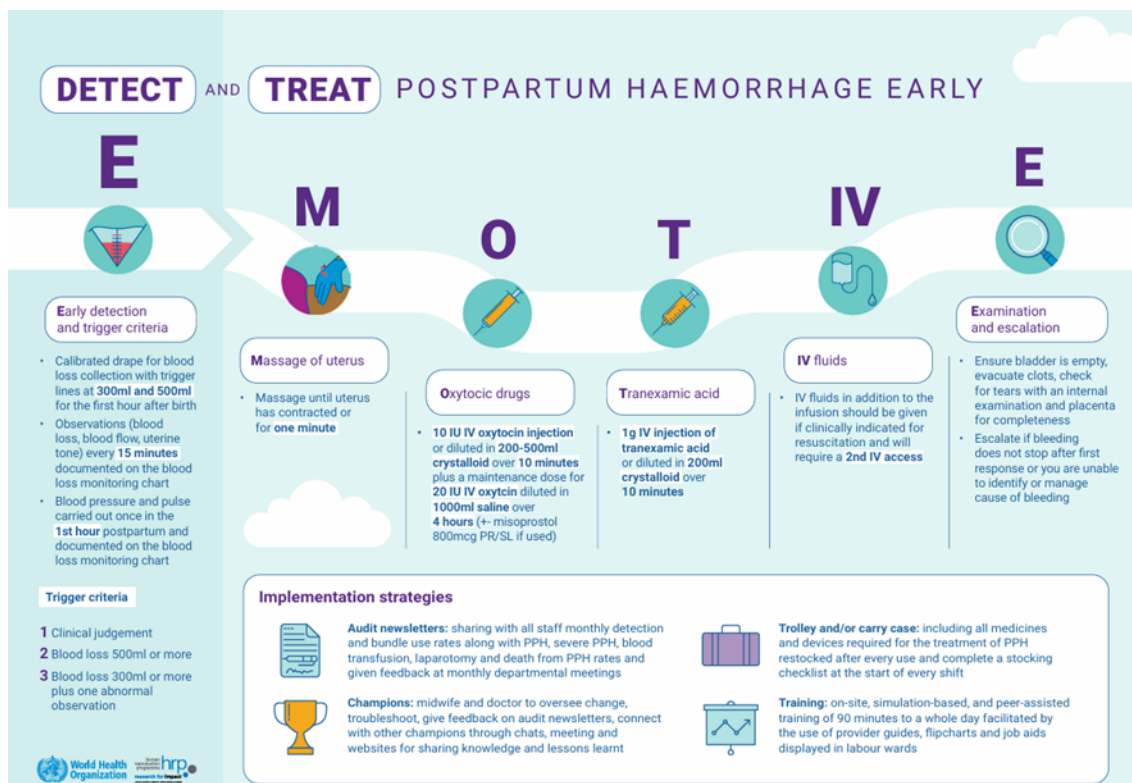


Figura 14. Manobra de Zavanelli

Anexo B: Fluxograma de Hemorragia Pós-Parto (EMOTIVE, 2023)



Anexo C: Grau de Choque, Sinais Clínicos e Índice de Choque (OPAS, 2018)

QUADRO 7. GRAU DE CHOQUE E SINAIS CLÍNICOS NA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA						
Grau de choque	(%) perda e volume em mL para mulher 50-70Kg	Nível de consciência	Perfusão	Pulso	PAS (mmHg)	Transfusão
Compensado	10-15% 500-1000 mL	Normal	Normal	60-90	>90	Usualmente não
Leve	16-25% 1000-1500 mL	Normal e/ou agitada	Palidez, frieza	91-100	80-90	Possível
Moderado	26-35% 1500-2000 mL	Agitada	Palidez, frieza, sudorese	101-120	70-79	Usualmente exigida
Grave	>35% >2000 mL	Letárgica ou inconsciente	Palidez, frieza, sudorese Perfusão capilar > 3"	>120	<70	Possível Transfusão maciça

Obs.: o critério maior gravidade é o que determina o grau do choque

QUADRO 8. ÍNDICE DE CHOQUE NA HPP: VALOR, INTERPRETAÇÃO E CONSIDERAÇÕES NA ABORDAGEM		
ÍNDICE DE CHOQUE = FREQUÊNCIA CARDÍACA/PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA		
VALOR	INTERPRETAÇÃO	CONSIDERAR/AVENTAR
≥ 0,9	Risco de Transfusão	Abordagem agressiva/ Transferência Hemotransfusão
≥ 1,4	Necessidade de terapêutica agressiva com urgência	Abordagem agressiva e imediata Abrir protocolo de Transfusão maciça
≥ 1,7	Alto Risco de resultado materno adverso	Abordagem agressiva e imediata Abrir protocolo de transfusão maciça

OBS: *Considerar posicionar o TAN para todas as pacientes em choque hemorrágico ou em iminência de choque.

Anexo D: Fluxograma de Reanimação Neonatal (SBP, 2026)

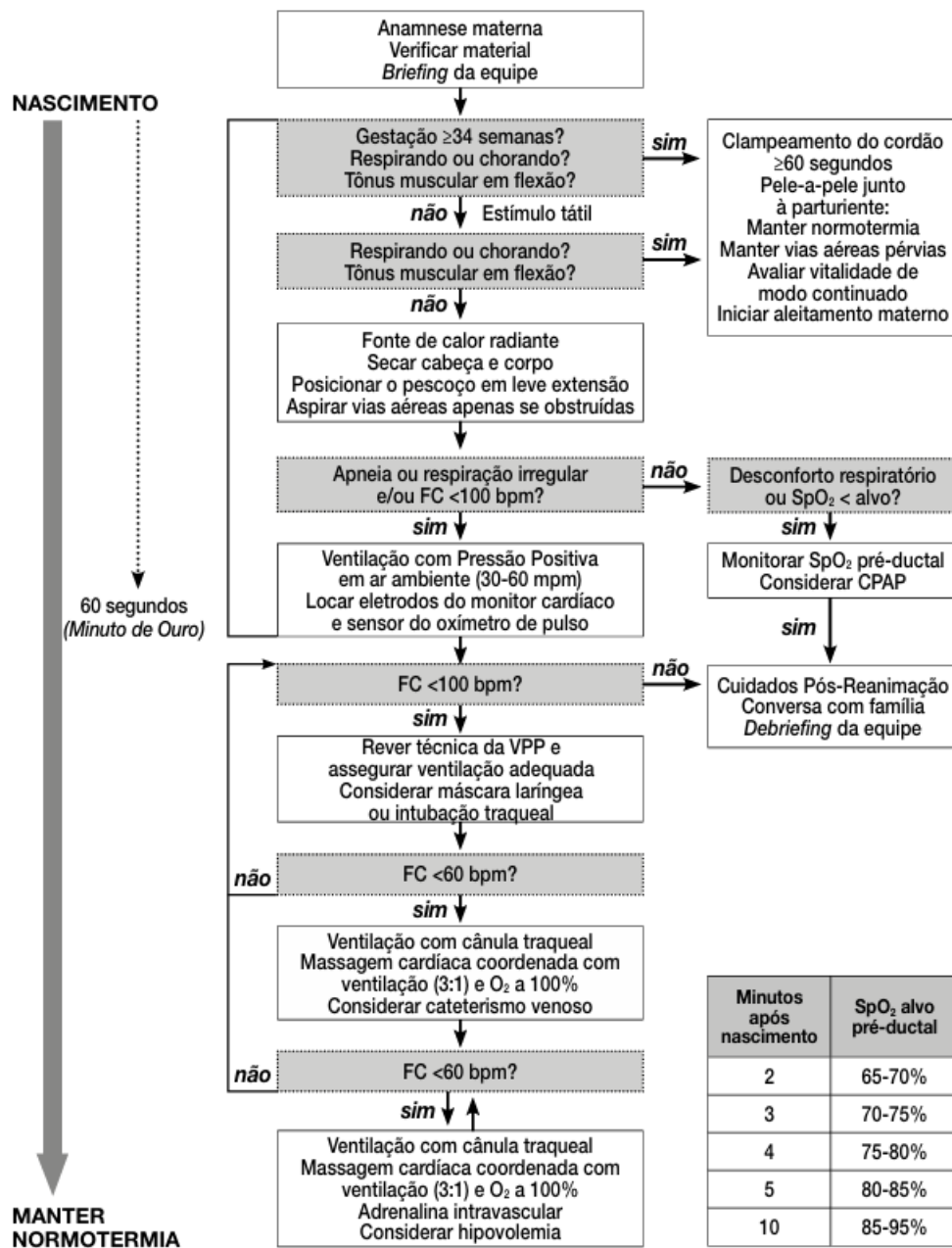
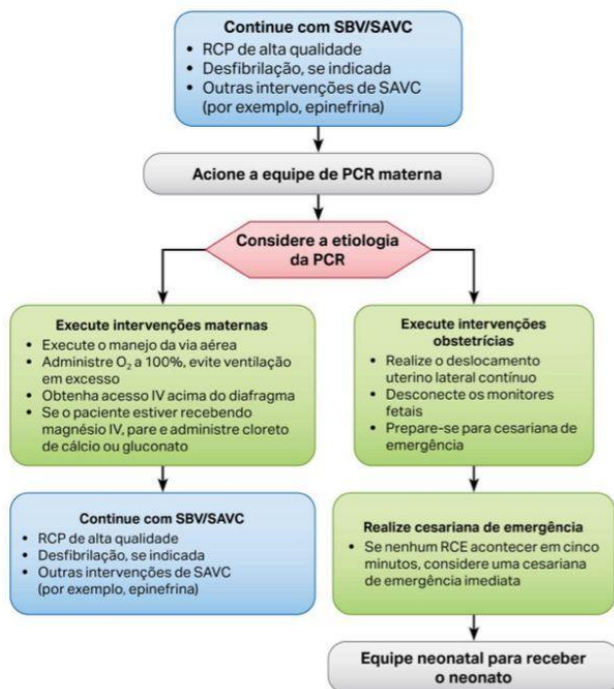


Figura 9. Algoritmo de SAVC intra-hospitalar para PCR na gravidez.



© 2020 American Heart Association

PCR materna

- O planejamento da equipe deve ser feito em colaboração com os serviços de obstetria, de neonatologia, de emergência, de anestesiologia, de terapia intensiva e de PCR.
- As prioridades para mulheres grávidas em PCR devem incluir a administração de RCP de alta qualidade e o alívio da compressão aortocaval com deslocamento uterino lateral.
- O objetivo da cesariana de emergência é melhorar os resultados para a mãe e para o feto.
- Idealmente, realize a cesariana de emergência em 5 minutos, dependendo dos recursos e dos conjuntos de habilidades do profissional.

Via aérea avançada

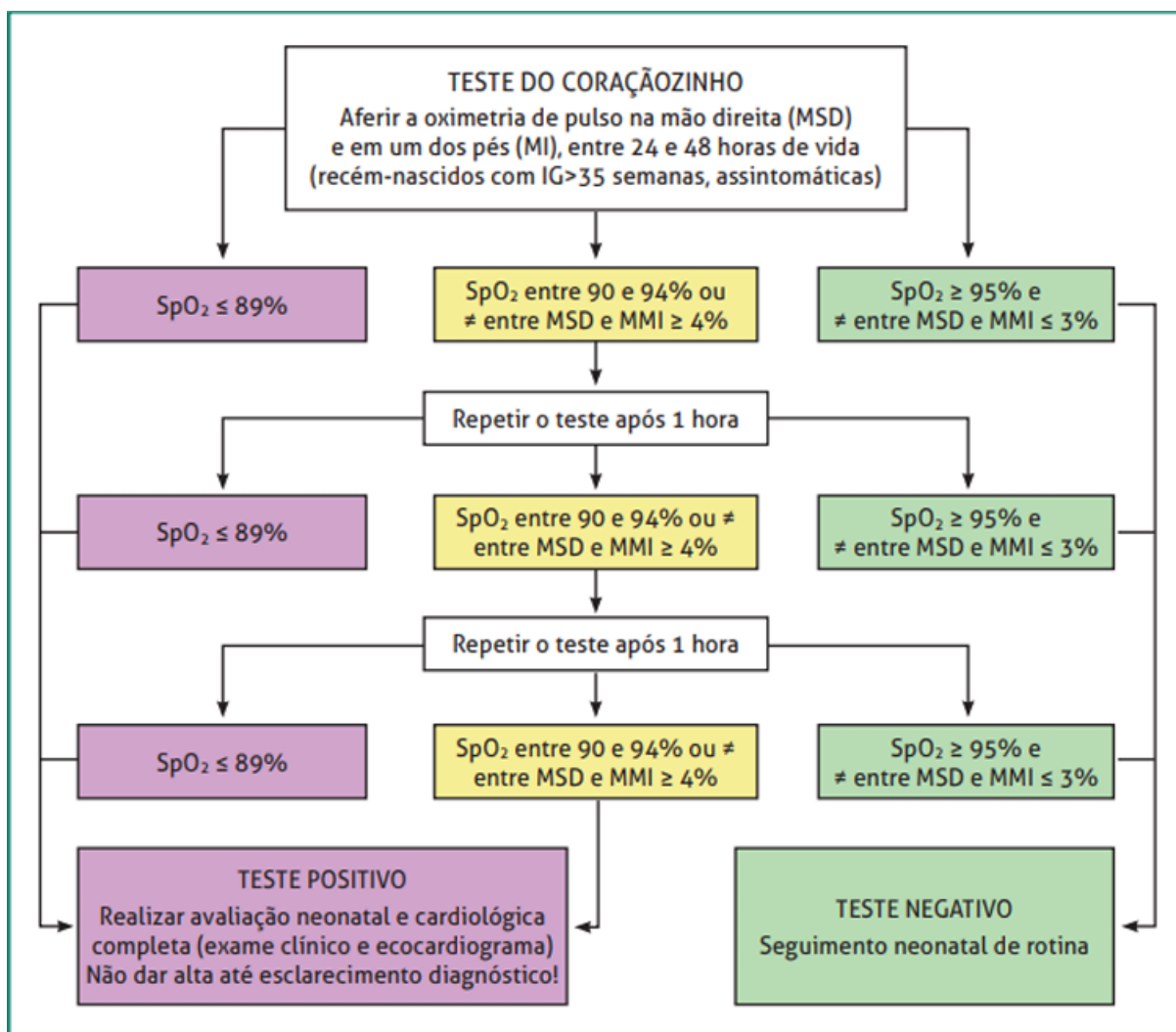
- Na gravidez, uma via aérea difícil é comum. Escolha o profissional mais experiente.
- Realize intubação endotraqueal ou via aérea extraglottica avançada.
- Realize capnografia com forma de onda ou capnometria para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo ET.
- Quando houver via aérea avançada, administre 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações/min) com compressões torácicas contínuas.

Possível etiologia de PCR materna

- A Anestesia (complicações anestésicas)
- B Hemorragia ("Bleeding")
- C Cardiovascular
- D Medicamentos ("drugs")
- E Embolia
- F Febre
- G Causas gerais não obstétricas de PCR (Hs e Ts)
- H Hipertensão

Anexo F: Fluxograma para interpretação do teste do coraçãozinho (SBP, 2022)

Figura 2. Fluxograma para interpretação do teste do coraçãozinho



Anexo G – Síntese das referências

Nacionais

Autor/Ano	Tipo de Documento	Título/Fonte	Principais Achados/Contribuições	Categoria na Diretriz
Brasil. Ministério da Saúde, 2017	Protocolo nacional	Protocolo de atenção à saúde da mulher: atenção ao pré-natal de baixo risco	Define protocolos de pré-natal de risco habitual no SUS, aplicáveis ao PDP.	Protocolos de cuidado – Pré-natal
Brasil. Ministério da Saúde, 2017	Diretriz nacional	Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal (versão resumida)	Normas oficiais para a assistência ao parto normal no Brasil.	Protocolos de cuidado – Intraparto
Brasil. Ministério da Saúde, 2022	Diretriz nacional (versão preliminar)	Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal	Atualiza recomendações sobre parto normal no SUS, reforçando boas práticas baseadas em evidências.	Protocolos de cuidado – Intraparto
Brasil. Ministério da Saúde, 2011	Política pública	Rede Cegonha: uma rede de cuidados para a saúde das mulheres e crianças	Estruturação da rede de atenção à saúde materna e neonatal no SUS.	Políticas públicas

Brasil. Ministério da Saúde, 2020	Política pública	Rede Alyne – Rede Nacional para a Qualidade do Cuidado Materno Infantil	Rede voltada à qualificação do cuidado materno-infantil, com foco em qualidade e segurança.	Políticas públicas e qualidade da assistência
Brasil. Ministério da Saúde, 2008	Política pública	HumanizaSUS: política nacional de humanização	Diretrizes para humanização da assistência em saúde, incluindo o parto.	Processos e práticas assistenciais
Brasil. Ministério da Saúde, 2012	Manual técnico	Atenção à saúde do recém- nascido: guia para os profissionais de saúde	Protocolos para assistência ao recém-nascido no contexto do SUS.	Protocolos de cuidado – Neonatal
Brasil. Ministério da Saúde, 2022	Manual técnico	Manual técnico: gestação de alto risco	Define protocolos para o acompanhamento da gestação de alto risco.	Protocolos de cuidado – Pré- natal
Brasil. Portaria nº 116/2009	Legislação	Diretrizes para implantação dos Centros de Parto Normal	Estabelece critérios e diretrizes para criação e funcionamento de CPNs.	Políticas públicas e organização da assistência
COFEN, 2016	Resolução	Resolução nº 516/2016	Dispõe sobre a atuação do enfermeiro obstetra na assistência ao parto.	Recursos humanos – escopo profissional

COFEN, 2021	Resolução	Resolução nº 672/2021	Normatiza atuação do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetriz na assistência às gestantes, parturientes e recém-nascidos.	Recursos humanos – escopo profissional
COFEN, 2024	Resolução	Resolução nº 737/2024	Estabelece normas específicas para atuação do enfermeiro obstetra e obstetriz no PDP.	Organização da assistência – PDP
COFEN, 2017	Resolução	Resolução nº 564/2017	Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, com princípios aplicáveis à assistência obstétrica.	Aspectos éticos e legais
COFEN, 2014	Resolução	Resolução nº 464/2014	Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar.	Organização da assistência – PDP
COFEN, 2018	Documento orientador	Diretrizes para elaboração de protocolos de enfermagem na APS	Orienta sobre construção de protocolos de enfermagem, aplicáveis também ao PDP.	Qualidade da assistência

Brasil. ANVISA, 2012	Resolução	RDC nº 15/2012 – Boas práticas para processamento de produtos para saúde	Define requisitos para esterilização e processamento de materiais.	Recursos materiais
Brasil. ANVISA, 2004	Resolução	RDC nº 306/2004 – Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde	Normatiza descarte e manejo de resíduos em serviços de saúde.	Recursos materiais – descarte
Brasil, 2018	Legislação	Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)	Normatiza a proteção de dados pessoais, aplicável também a registros de PDP.	Aspectos éticos e legais
Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2016	Manual técnico	Manual Técnico das Casas de Parto – Município de São Paulo	Orienta funcionamento das Casas de Parto em SP, modelo de referência para PDP.	Organização da assistência

Internacionais

Autor/Ano	Tipo de Documento	Título/Fonte	Principais Achados/Contribuições	Categoria na Diretriz

ACOG, 2017	Diretriz internacional	Practice Bulletin No. 178: Shoulder dystocia	Protocolos para prevenção, reconhecimento e manejo da distócia de ombro; base para fluxos de emergência intraparto.	Condutas intraparto – Emergências
NICE, 2014	Diretriz clínica (CG190)	Intrapartum care for healthy women and babies	Recomendações baseadas em evidências para cuidado intraparto de baixo risco, incluindo monitorização, analgesia e transferência.	Protocolos de cuidado – Intraparto
WHO, 2018	Diretriz internacional	WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience	Pacote de boas práticas centradas na mulher: apoio contínuo, mobilidade, restrição de intervenções desnecessárias.	Processos e práticas assistenciais – Intraparto
WHO, 2020	Ferramenta/Guia	WHO Labour Care Guide (User's Manual)	Guia padronizado para acompanhamento do trabalho de parto, atualização do partograma clássico.	Protocolos de cuidado – Monitorização intraparto
WHO, 2016	Diretriz internacional	Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience	Recomendações para cuidado pré-natal com foco em experiência positiva e segurança materno-fetal.	Protocolos de cuidado – Pré-natal

WHO, 2022	Diretriz internacional	Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience	Boas práticas para atenção pós-parto materna e neonatal; pele a pele, aleitamento, visitas domiciliares.	Protocolos de cuidado – Pós-parto
WHO, 2017	Guia de implementação	Safe Childbirth Checklist – Implementation Guide	Checklist e orientações para segurança do parto e prevenção de eventos adversos.	Qualidade e segurança
OPAS/PAHO, 2018	Diretriz regional	Recomendações para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica	Protocolos para prevenção e manejo da HPP, alinhados à OMS.	Protocolos de cuidado – Emergências (HPP)
RCOG & RCM, 2007	Posicionamento conjunto	Home births	Recomendações para partos domiciliares planejados em contextos organizados com midwives.	Organização da assistência – PDP
FIGO, 2020	Nota técnica / Comunicado	WHO labour care guide: new global standard for monitoring childbirth	Endosso e síntese das mudanças do WHO Labour Care Guide para padronização do cuidado.	Protocolos de cuidado – Monitorização intraparto

WHO, 2024	Position paper	Transitioning to midwifery models of care: global position paper	Recomenda a transição para modelos liderados por midwives, integração e ampliação do escopo com foco em resultados.	Políticas públicas e modelos de cuidado
WHO, 2023	Relatório de progresso	Improving maternal and newborn health and survival and reducing stillbirth: progress report	Panorama global de indicadores e estratégias para redução de mortalidade materna e neonatal.	Indicadores e qualidade da assistência
ONU, ODS 3	Marco global (política pública)	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3	Metas globais para saúde materna, neonatal e bem-estar; referência para alinhamento de indicadores.	Políticas públicas – Indicadores globais
CTMUHB / NHS Wales, s.d.	Protocolo clínico	Cord prolapse management protocol	Fluxo de manejo para prolapso de cordão umbilical no contexto hospitalar/NHS; aplicável como referência em PDP (plano de contingência).	Condutas intraparto – Emergências

Produção acadêmica nacional

Autor/Ano	Tipo de Documento	Título/Fonte	Principais Achados/Contribuições	Categoria na Diretriz

Amorim et al., 2013	Artigo científico (nacional)	Distócia de ombro: proposta de um novo algoritmo para conduta em partos em posições não supinas – Femina 41(3)	Propõe algoritmo de manejo da distócia de ombro adaptado a posições não supinas; útil para PDP com partos fora da litotomia.	Condutas intraparto – Emergências
Cursino et al., 2020	Artigo científico (nacional)	Parto humanizado: percepção de puérperas assistidas por enfermeiras obstetras – Rev. Enferm. UFPE 14(1)	Evidencia satisfação e valorização do cuidado por enfermeiras obstetras; reforça práticas centradas na mulher.	Processos e práticas assistenciais
Livinhale et al., 2018	Artigo científico (nacional)	O direito ao parto humanizado no Brasil: entre políticas públicas e realidade – Saúde e Sociedade 27(3)	Analisa avanços normativos e lacunas na implementação; destaca desafios para efetivar boas práticas.	Políticas públicas e direitos

Katz et al., 2020	Artigo científico (nacional)	Protagonismo da mulher no processo de parto e nascimento: avanços e desafios – RBGO 42(12)	Discute autonomia, consentimento e protagonismo; subsidia diretrizes centradas na mulher.	Aspectos éticos e organização do cuidado
Mouta et al., 2021	Revisão de escopo (nacional)	A utilização da acupuntura na indução do trabalho de parto – Brazilian Journal of Development 7(8)	Mapeia evidências sobre acupuntura para indução; sugere potencial como método não farmacológico.	Métodos não farmacológicos – Indução/Cuidado complementar
Oliveira et al., 2010	Revisão sistemática (nacional)	Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto – Texto & Contexto Enfermagem 19(4)	Sistematiza evidências sobre técnicas não farmacológicas de alívio da dor; base para recomendações práticas no PDP.	Métodos não farmacológicos – Analgesia

Sanfelice et al., 2014	Artigo científico (nacional)	A medicalização do parto: uma análise das taxas de cesariana no Brasil – Saúde em Debate 38(103)	Evidencia altas taxas de cesariana e medicalização; justifica fortalecimento de modelos de baixo risco e PDP.	Políticas públicas e modelos de cuidado
Valinho et al., 2021	Artigo científico (nacional)	Humanização do parto no Brasil: avanços e desafios – Rev. Saúde Pública 55(supl.1)	Síntese de políticas e práticas de humanização; identifica barreiras de implementação.	Processos e práticas assistenciais
Medina, 2020	Tese de doutorado (nacional)	O parto domiciliar como campo de disputa de saberes e práticas – USP	Análise sociopolítica do renascimento do parto domiciliar; fundamentos para governança e integração em rede.	Organização da assistência – PDP

Pompeu et al., 2024	Artigo científico (mapeamento nacional)	Mapeamento das equipes de parto domiciliar planejado: revelando o cenário brasileiro – Contribuciones a las Ciencias Sociales 17(12)	Caracteriza equipes de PDP no Brasil (composição, cobertura, práticas); insumos para indicadores e planejamento.	Indicadores e recursos humanos

Produção acadêmica internacional

Autor/Ano	Tipo de Documento	Título/Fonte	Principais Achados/Contribuições	Categoria na Diretriz
Birthplace in England Collaborative Group, 2011	Estudo de coorte nacional (UK)	Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies – BMJ 343:d7400	Mostra segurança do parto domiciliar planejado em mulheres de baixo risco; reforça PDP como modelo seguro.	Indicadores de boas práticas – PDP
Hollowell et al., 2015	Estudo de coorte (UK)	Resultados perinatais e maternos por local planejado de nascimento – BMJ	Evidências robustas de segurança no PDP para baixo risco; amplia achados do Birthplace.	Indicadores de boas práticas – PDP

de Jonge et al., 2014	Estudo de coorte nacional (Holanda)	Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births – BJOG 121(4)	Grande coorte mostra equivalência de desfechos perinatais entre PDP e hospital para mulheres de baixo risco.	Indicadores de boas práticas – PDP
Hutton et al., 2019	Revisão sistemática e meta-análise	Perinatal or neonatal mortality among women intending home birth vs hospital birth – EClinicalMedicine 14	Meta-análise confirma segurança do PDP em contextos organizados; sem aumento de mortalidade neonatal.	Indicadores de boas práticas – PDP
Reitsma et al., 2020	Revisão sistemática e meta-análise	Maternal outcomes and birth interventions among women intending home birth vs hospital – EClinicalMedicine 21	Evidencia menor intervenção obstétrica e boas taxas maternas no PDP.	Indicadores e processos assistenciais
Reitsma et al., 2020	Estudo de coorte (Canadá)	Outcomes of planned home birth with registered midwife vs hospital – CMAJ 192(13)	Resultados comparáveis em PDP com midwives registradas; segurança reforçada em países de alta organização.	Indicadores de boas práticas – PDP

Scarf et al., 2018	Revisão sistemática e meta-análise	The relationship between planned place of birth and outcomes for women with low risk pregnancies – Midwifery 62	Mostra consistência internacional de segurança do PDP em baixo risco.	Indicadores de boas práticas – PDP
Olsen & Clausen, 2023	Revisão sistemática (Cochrane)	Planned hospital birth compared with planned home birth for low-risk women – Cochrane CD000352	Atualização de revisão Cochrane; confirma PDP como opção segura em contextos estruturados.	Indicadores de boas práticas – PDP
Middleton et al., 2018	Revisão sistemática (Cochrane)	Induction of labour for improving birth outcomes at or beyond term – Cochrane CD004945	Evidências sobre indução a termo; orienta protocolos de PDP para gestação prolongada.	Condutas assistenciais – Indução
Wennerholm et al., 2019 (SWEPISTrial)	Ensaio clínico randomizado (Suécia)	Induction of labour at 41 weeks vs expectant management – BMJ 367:l6131	Mostra benefício da indução em 41 semanas vs 42; relevante para elegibilidade no PDP.	Critérios de elegibilidade – Pós-datismo

Levett et al., 2016	Ensaio clínico randomizado (Austrália)	Complementary therapies for labour and birth – BMJ Open 6(7):e010691	Avalia terapias integrativas no parto; reforça uso de métodos não farmacológicos.	Métodos não farmacológicos – analgesia/apoio
Smith et al., 2017	Revisão sistemática (Cochrane)	Acupuncture or acupressure for induction of labour – Cochrane CD002962	Analisa eficácia da acupuntura/acupressão para indução; indica evidência limitada, mas promissora.	Métodos não farmacológicos – indução
Macones et al., 2008	Workshop report (NICHD/USA)	Update on definitions and research guidelines in electronic fetal monitoring – Obstetrics & Gynecology 112(3)	Define padrões de interpretação do EFM; importante para comparar com práticas no PDP.	Monitorização fetal – Intraparto
Morelli et al., 2024 (UKMidSS)	Estudo de coorte nacional (UK)	Outcomes for women with diabetes admitted for labour care to midwifery units – BMJ Open 14(12)	Explora elegibilidade de mulheres com condições específicas (diabetes) em unidades de midwives.	Critérios de elegibilidade – condições clínicas específicas

Documentos institucionais

Autor/Ano	Tipo de Documento	Título/Fonte	Principais Achados/Contribuições	Categoria na Diretriz

Cumberlege, 2016 (NHS England)	Relatório de políticas públicas (UK)	Better Births: improving outcomes of maternity services in England – A five year forward view	Propõe modelo centrado na mulher, continuidade do cuidado e protagonismo das midwives; referência para PDP.	Políticas públicas e modelos de cuidado
Rede Cegonha, Brasil, 2011	Política pública (nacional)	Rede Cegonha: uma rede de cuidados para a saúde das mulheres e crianças	Organiza atenção materna e neonatal em rede, com foco em humanização e segurança.	Políticas públicas
Rede Alyne, Brasil, 2020	Política pública (nacional)	Rede Nacional para a Qualidade do Cuidado Materno Infantil	Estratégia nacional para qualificação do cuidado e segurança materna e neonatal.	Qualidade e segurança da assistência
Fiocruz – IFF, 2023	Protocolo institucional (OMS adaptado)	Protocolo E-MOTIVE e redução de hemorragias pós-parto	Adaptação nacional de protocolo da OMS para prevenção e manejo de hemorragia.	Protocolos de cuidado – Emergências (HPP)
Fiocruz – IFF, 2024	Nota técnica institucional	Principais questões sobre intervenções oportunas na hemorragia obstétrica	Atualiza práticas recomendadas para prevenção e manejo oportuno de HPP.	Protocolos de cuidado – Emergências (HPP)

Fiocruz – IFF, 2017	Nota técnica institucional	Principais questões sobre cuidado ao recém-nascido no parto e nascimento	Resumo de práticas seguras para cuidado imediato ao RN; base para PDP.	Protocolos de cuidado – Neonatal
Fiocruz – IFF, 2024	Manual técnico	Estratificação do risco gestacional: aspectos clínicos	Critérios clínicos para estratificação de risco gestacional; aplicável à elegibilidade no PDP.	Critérios de elegibilidade – Pré-natal
Instrumento de Estratificação de Risco Gestacional, SC, 2022	Instrumento estadual	Instrumento de estratificação de risco gestacional (2ª ed.)	Ferramenta prática para avaliação de risco gestacional; base para protocolos regionais.	Critérios de elegibilidade – Pré-natal
Paraná – Secretaria da Saúde, 2021	Instrumento estadual	Estratificação de risco – Linha de cuidado materno-infantil	Define fluxos regionais para risco gestacional e atenção materna.	Critérios de elegibilidade – Pré-natal
ABENFO, 2023	Boletim institucional	Boletim informativo ABENFO nº 2	Atualiza debates sobre a atuação das enfermeiras obstetras e obstetrizes no Brasil.	Recursos humanos – fortalecimento profissional
ONU, 2015	Agenda global	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) – ODS 3	Meta global de saúde materna e neonatal como compromisso internacional.	Políticas públicas – Indicadores globais

Anexo H – Síntese de referências da diretriz por tópicos abordados (internacional x nacional)

Tema: Organização assistencial	Referência normativa nacional	Referência normativa internacional
Discussão inicial e documentação da assistência	COFEN nº 564/2017 (ética, autonomia e registro); LGPD (Lei 13.709/2018)	WHO (2018) Intrapartum care – informed choice; WHO (2016) Antenatal care
Primeiro contato presencial com a gestante	MS – Pré-natal de baixo risco (2017); HumanizaSUS (2008)	WHO (2016) Antenatal care – abordagem inicial; NICE CG190 (2014)
Critérios de elegibilidade (verde/amarelo/vermelho)	MS – Manual Gestão de Alto Risco (2022); IFF/Fiocruz (2024) Estratificação do risco; Instrumento SC (2022); Linha de Cuidado PR (2021)	WHO (2016) Antenatal care; NICE CG190 (2014); Reitsma et al. (2020) – outcomes home vs hospital
Caminho do pré-natal (consulta, periodicidade, consulta domiciliar)	MS – Pré-natal de baixo risco (2017); HumanizaSUS (2008)	WHO (2016) Antenatal care – recomendações de consultas; WHO (2022) Postnatal care (continuidade)
Plano de contingência (transporte e articulação com rede)	COFEN nº 737/2024 – PDP requer plano de contingência e hospital de referência	NICE CG190 (2014) – transferência; NHS Wales – Cord prolapse management (s.d.)

Considerações geográficas	Portaria MS nº 116/2009 – CPN deve ter articulação com rede hospitalar; Manual Casas de Parto – SMS/SP (2016)	Birthplace (2011) – impacto da distância até hospital; de Jonge (2014) – transferências na Holanda
Composição da equipe de atendimento	COFEN nº 672/2021 (escopo da enfermeira obstetra/obstetriz); COFEN nº 737/2024 (mínimo de 2 profissionais no PDP)	WHO (2021) State of the World's Midwifery; WHO (2024) Position paper – midwifery models; RCOG/RCM (2007)
Tema: Intraparto	Referência normativa nacional	Referência normativa internacional
Início do acompanhamento e avaliação do trabalho de parto	MS – Diretrizes Parto Normal (2017/2022 preliminar)	WHO (2018) Intrapartum care – início do trabalho de parto; NICE CG190 (2014)
Disponibilidade da equipe	COFEN nº 737/2024 – normas sobre equipe mínima no PDP	WHO (2021) State of the World's Midwifery; Better Births (2016) – continuidade do Cuidado
Equipamentos essenciais para o cuidado intraparto	ANVISA RDC nº 15/2012; RDC nº 306/2004 – processamento e resíduos de saúde	WHO (2017) Safe Childbirth Checklist – itens essenciais; FIGO (2020) – recomendações globais
Boas práticas durante o trabalho de parto	MS – Diretrizes Nacionais Parto Normal (2017/2022)	WHO (2018) Intrapartum care – práticas centradas na mulher

Cuidados no primeiro estágio do trabalho de parto	MS – Diretrizes Parto Normal (2017)	WHO (2018) Intrapartum care – manejo do 1º estágio; Middleton et al. (2018) – indução Cochrane
Ausculata intermitente da FCF	MS – Diretrizes Parto Normal (2017); protocolos de atenção ao RN (2012)	WHO Labour Care Guide (2020); NICE CG190 (2014)
Ruptura prolongada de membranas a termo	MS – Gestação de Alto Risco (2022); protocolos Fiocruz – Portal de Boas Práticas	NICE CG190 (2014) – manejo de RPM; WHO (2018) Intrapartum care
Manejo de atrasos no primeiro estágio	MS – Diretrizes Parto Normal (2017)	WHO (2018) Intrapartum care; NICE CG190 (2014)
Cuidados no segundo estágio do trabalho de parto	MS – Diretrizes Parto Normal (2017/2022)	WHO (2018) Intrapartum care; Levett et al. (2016) – Complementary therapies RCT
Nascimento e cuidados	SBP (2018) – Nascimento seguro; MS – Atenção ao RN (2012)	WHO (2018) Intrapartum care; WHO (2022) Postnatal care
Dequitação e cuidados com a placenta	MS – Diretrizes Parto Normal (2017); protocolos Fiocruz – Portal de Boas Práticas (hemorragia)	WHO (2018) Intrapartum care; OPAS (2018) – hemorragia obstétrica

Período de Greenberg	MS – protocolos clínicos obstétricos (referências nacionais complementares)	WHO (2018) Intrapartum care – terceiro estágio
Avaliação e manejo de trauma perineal em casa	MS – Diretrizes Parto Normal (2017); protocolos nacionais de enfermagem obstétrica	WHO (2018) Intrapartum care; NICE CG190 (2014)
Cuidados imediatos ao RN	MS – Atenção ao RN (2012); SBP (2018) – Nascimento seguro	WHO (2018) Intrapartum care; WHO (2022) Postnatal care
Procedimentos imediatos ao RN	SBP (2020) – Cuidados com higiene; SBP (2024) – Pele e anexos	WHO (2022) Postnatal care
Finalização do atendimento após o parto	Rede Cegonha (2011); MS – Atenção ao RN (2012)	WHO (2022) Postnatal care – continuidade; WHO (2023) Progress report

Tema: Transferência	Referência normativa nacional	Referência normativa internacional
Transferência durante o trabalho de parto estabelecido	COFEN nº 737/2024 – plano de contingência e hospital de referência; MS – Diretrizes Parto Normal (2017/2022) – critérios clínicos	NICE CG190 (2014) – critérios/fluxos de transferência; WHO (2018) Intrapartum care
Documentação e registros da transferência	COFEN nº 564/2017 (registro e ética); LGPD – Lei 13.709/2018 (proteção de dados); Apêndice I – Relatório de transferência (padrão da diretriz)	WHO (2018) Intrapartum care – comunicação e continuidade; WHO (2022) Postnatal care – handover
Indicações para transferência para cuidados obstétricos (maternas/fetais)	MS – Gestação de Alto Risco (2022); MS – Diretrizes Parto Normal (2017)	NICE CG190 (2014) – indicações; WHO (2018) Intrapartum care
Transferência Neonatal (critérios gerais)	MS – Atenção ao RN (2012); SBP – Nascimento seguro (2018)	WHO (2022) Maternal and newborn postnatal care – critérios e continuidade
Mecônio (RN exposto a mecônio)	MS – Atenção ao RN (2012) – RN com mecônio; SBP – Reanimação neonatal ≥ 34 semanas (2022)	WHO (2018) Intrapartum care – presença de mecônio; WHO (2022) Postnatal care – avaliação respiratória do RN

Transferência Materna Pós-Parto	Rede Cegonha (2011) – continuidade do cuidado; MS – Atenção ao RN (2012) (interface mãe-bebê)	WHO (2022) Postnatal care – sinais de alarme e encaminhamento; WHO (2023) Progress report – redes de cuidado
Emergência: Hemorragia pós-parto (associada a transferência)	OPAS (2018) Hemorragia obstétrica; Fiocruz/IFF (2023, 2024) – E-MOTIVE e intervenções oportunas	WHO (2018) Intrapartum care; WHO (2022) Postnatal care
Emergência: Distócia de ombro (associada a transferência)	Amorim et al. (2013) – algoritmo posições não supinas	ACOG Practice Bulletin 178 (2017); NICE CG190 (2014) – escalonamento/transferência
Emergência: Prolapso de cordão (associada a transferência)	Plano de contingência do serviço (PDP) alinhado à rede (referência regional)	CTMUHB/NHS Wales – Cord prolapse management protocol (s.d.); NICE CG190 (2014)
Reanimação Neonatal (critérios para transferência após estabilização)	SBP (2022) – Diretrizes de reanimação neonatal; MS – Atenção ao RN (2012)	WHO Safe Childbirth Checklist (2017) – componentes de RN; WHO (2022) Postnatal care – encaminhamento

Tema: Pós-parto	Referência normativa nacional	Referência normativa internacional
Cuidados Pós-Parto e Visitas Domiciliares (continuidade mãe-bebê)	MS – Atenção ao RN (2012); Rede Cegonha (2011) – continuidade do cuidado; HumanizaSUS (2008)	WHO (2022) Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience
Primeira Consulta: 24 horas Pós-Parto	MS – Atenção ao RN (2012) – reavaliação nas primeiras 24h; protocolos locais da rede (quando aplicável)	WHO (2022) Postnatal care – primeiras 24h: avaliação clínica, amamentação, sinais de alarme
Orientações para a família na consulta de 24 horas	MS – Atenção ao RN (2012); SBP – Nascimento Seguro (2018) e materiais educativos SBP	WHO (2022) Postnatal care – educação em saúde, aleitamento, sinais de alerta, cuidados domiciliares
Plano de Cuidados Pós-Natais (cronograma/encaminhamentos)	MS – Atenção ao RN (2012); Rede Cegonha (2011) – articulação com a APS; COFEN nº 564/2017 (registro e plano)	WHO (2022) Postnatal care – cronograma de visitas e continuidade; WHO (2018) Intrapartum care – transição segura
Alta da Assistência (critérios, rede e orientações)	MS – Atenção ao RN (2012); SBP – documentos e recomendações neonatais; LGPD (2018) – documentação/consentimento	WHO (2022) Postnatal care – critérios de alta e follow-up; WHO (2017) Safe Childbirth Checklist – pós-parto imediato
Tema: Documentação	Referência normativa nacional	Referência normativa internacional

Confidencialidade e registro da assistência	COFEN nº 564/2017 – Código de Ética da Enfermagem; LGPD – Lei 13.709/2018; COFEN nº 516/2016 – registros obstétricos	WHO (2018) Intrapartum care – documentação e consentimento informado; WHO (2022) Postnatal care – registros e continuidade
Notificação de Nascimento	MS – Atenção ao RN (2012); DATASUS/SINASC (2023) – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos; Rede Cegonha (2011)	WHO (2023) Progress report – importância dos registros vitais; ONU – ODS 3 (indicadores de nascimento e mortalidade)
Tema: Descarte de materiais	Referência normativa nacional	Referência normativa internacional
Descarte e Desinfecção de Materiais	ANVISA RDC nº 306/2004 – gerenciamento de resíduos de serviços de saúde; ANVISA RDC nº 15/2012 – boas práticas de processamento de produtos para saúde	WHO (2017) Safe Childbirth Checklist – inclui descarte seguro; WHO (2020) Labour Care Guide – recomendações de segurança e materiais
Cuidados e Desinfecção de Materiais	ANVISA RDC nº 15/2012 – esterilização e desinfecção; COFEN nº 516/2016 – responsabilidade técnica do enfermeiro obstetra	WHO (2017) Safe Childbirth Checklist; WHO (2022) Postnatal care – recomendações de biossegurança
Tema: Protocolos	Referência normativa nacional	Referência normativa internacional

Protocolo: Assistência no Primeiro Estágio do Trabalho de Parto	MS – Diretrizes Parto Normal (2017/2022)	WHO (2018) Intrapartum care – manejo do 1º estágio; NICE CG190 (2014)
Protocolo: Ausculta Intermitente da Frequência Cardíaca Fetal (FCF)	MS – Diretrizes Parto Normal (2017); Atenção ao RN (2012)	WHO Labour Care Guide (2020); NICE CG190 (2014)
Protocolo: Assistência ao Segundo Estágio do Trabalho de Parto	MS – Diretrizes Parto Normal (2017/2022)	WHO (2018) Intrapartum care – 2º estágio; Levett et al. (2016) – Complementary therapies
Protocolo: Manejo de Trauma Perineal no PDP	MS – Diretrizes Parto Normal (2017); protocolos de enfermagem obstétrica (COFEN)	WHO (2018) Intrapartum care; NICE CG190 (2014)
Protocolo: Transferência Durante o Trabalho de Parto Estabelecido	COFEN nº 737/2024 – plano de contingência; MS – Gestação de Alto Risco (2022)	NICE CG190 (2014); WHO (2018) Intrapartum care
Protocolo: Transferência Neonatal	MS – Atenção ao RN (2012); SBP – Nascimento seguro (2018)	WHO (2022) Postnatal care – encaminhamentos
Protocolo: Transferência da Mulher no Pós-parto	Rede Cegonha (2011); MS – Atenção ao RN (2012) (interface mãe-bebê)	WHO (2022) Postnatal care – critérios de encaminhamento

Protocolo: Exame Físico do Recém-Nascido	MS – Atenção ao RN (2012); SBP – recomendações neonatais (2018/2024)	WHO (2022) Postnatal care – avaliação neonatal
Protocolo: Prolapso de Cordão Umbilical	COFEN nº 737/2024 – plano de contingência no PDP	CTMUHB/NHS Wales (s.d.); NICE CG190 (2014)
Protocolo: Distócia de Ombro	Amorim et al. (2013) – algoritmo posições não supinas	ACOG Practice Bulletin 178 (2017)
Protocolo: Hemorragia Pós-parto (HPP)	OPAS (2018) – recomendações; Fiocruz/IFF (2023, 2024) – E-MOTIVE	WHO (2018) Intrapartum care; WHO (2022) Postnatal care
Protocolo: Reanimação Neonatal Imediata	SBP (2022) – Diretrizes de reanimação neonatal ≥ 34 semanas	WHO Safe Childbirth Checklist (2017); WHO (2022) Postnatal care – RN
Protocolo: Reanimação Materna	COFEN nº 516/2016 – escopo em emergências; protocolos nacionais de suporte avançado	WHO (2018) Intrapartum care – emergências; WHO (2022) Postnatal care – ressuscitação materna

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu caracterizar o modelo de assistência ao PDP no Brasil e evidenciar que, embora esse modelo de cuidado ainda permaneça não institucionalizado no país, ele já é desenvolvido por equipes com organização própria, experiência profissional, uso de critérios de elegibilidade, planejamento assistencial e adoção de práticas alinhadas à fisiologia do parto e às recomendações nacionais e internacionais para a atenção obstétrica de risco habitual.

Os achados demonstraram que o PDP brasileiro é conduzido predominantemente por enfermeiras obstetras e obstetrizes, cuja atuação tem sido central para a sustentação dessa assistência, ela contempla dimensões que vão além do momento do nascimento, envolvendo acompanhamento pré-natal, planejamento do parto, organização de recursos materiais, uso de protocolos, monitoramento materno-fetal, cuidados imediatos à mulher e ao recém-nascido, seguimento pós-parto e definição de fluxos de transferência. Esses elementos indicaram que o PDP constituiu um modelo de atenção estruturado, que dialoga com estruturas internacionais, continuidade do cuidado, autonomia, escolha informada e respeito à experiência das mulheres e famílias.

Ao mesmo tempo, a pesquisa evidenciou fragilidades importantes para a consolidação da assistência no contexto brasileiro. Entre elas, destacam-se as desigualdades regionais, as dificuldades de acesso a insumos e medicamentos, a ausência de integração formal com a rede hospitalar, a limitação de sistemas de informação e monitoramento, a escassez de diretrizes nacionais específicas e a restrição do acesso ao PDP, ainda predominantemente vinculado à contratação privada. Esses aspectos demonstram que os desafios do PDP no Brasil não se restringem à prática das equipes, mas envolvem dimensões políticas, institucionais, regulatórias e organizacionais da atenção obstétrica.

Nesse sentido, a construção da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Domiciliar Planejado representa uma contribuição técnico-científica desta tese para a qualificação do cuidado. Elaborada a partir da articulação entre a literatura disponível, os dados empíricos nacionais e internacionais, e o diálogo com profissionais envolvidas na assistência, a diretriz busca oferecer recomendações para diferentes etapas do cuidado, desde a avaliação de elegibilidade até o pós-parto. Mais do que sistematizar condutas, o documento contribui para dar visibilidade a uma prática já existente no país e para fortalecer o debate sobre sua organização segura, ética, integrada e baseada em evidências. Porém, reconhece-se que a

diretriz apresentada deve ser compreendida como um instrumento dinâmico, passível de revisão e atualização a partir de novas evidências científicas, experiências profissionais, demandas sociais e avanços normativos.

Conclui-se que o PDP no Brasil configura um campo de cuidado em construção, sustentado por equipes qualificadas e por práticas que expressam possibilidades de mudança no modelo obstétrico predominante. No entanto, sua consolidação requer maior reconhecimento institucional, produção contínua de evidências, fortalecimento de protocolos, articulação com a rede de atenção à saúde e ampliação do debate sobre equidade de acesso. Dessa forma, esta tese contribui para aprofundar a compreensão sobre o modelo brasileiro de PDP, subsidiar futuras políticas públicas e apoiar estratégias que favoreçam uma assistência ao nascimento mais segura, respeitosa, integrada e centrada nas mulheres, recém-nascidos e famílias.

8. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. B.; GUINSBURG, R.; COORDENADORES ESTADUAIS E GRUPO EXECUTIVO PRN SBP; CONSELHO CIENTÍFICO DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGIA DA SBP. *Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: diretrizes 2022 da Sociedade Brasileira de Pediatria*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.25060/PRN-SBP-2022-2>. Acesso em: 8 set. 2025.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Practice Bulletin No. 178: Shoulder dystocia. *Obstetrics & Gynecology*, v. 129, n. 5, p. e123–e133, 2017. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002043. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28426618/>. Acesso em: 8 set. 2025.

AMORIM, M. M. R.; DUARTE, A. C.; ANDREUCCI, C. B.; KNOBEL, R.; TAKEMOTO, M. L. Distócia de ombro: proposta de um novo algoritmo para conduta em partos em posições não supinas. *Femina*, v. 41, n. 3, p. 115-124, 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n3/a4499.pdf>. Acesso em: 8 set. 2025.

ANDRADE, KRC; PEREIRA, MG. Tradução do conhecimento na realidade da saúde pública brasileira. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 54, art. 72, 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002073>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/NYWX86QpnmtSD6yTvY9PzL/>. Acesso em: 12 jun. 2026.

ANEURIN BEVAN UNIVERSITY HEALTH BOARD. *Homebirth Guideline*. Wales: Aneurin Bevan University Health Board, 2022. Disponível em: <https://wisdom.nhs.wales/health-board-guidelines/aneurin-bevan-file/homebirth-guidelinesissue-5docxaddedpdf/>. Acesso em: 11 jun. 2026.

ANVARI, E; HILL, D; CARROLL, JC; DEKLEINE, R; KENNEDY, HP; KORNELSEN, J; VEDAM, S. Home birth integration into the health care systems of eleven international jurisdictions. *Birth*, v. 45, n. 3, p. 311-321, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/birt.12339>.

AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (ed.). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. North Adelaide: JBI, 2020. Disponível em: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>. Acesso em: 5 out. 2024.

ASSOCIATION OF ONTARIO MIDWIVES. *Choice of birthplace: guideline for discussing choice of birthplace with clients*. Toronto: Association of Ontario Midwives, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIRAS(OS) OBSTETRAS (ABENFO). *Boletim informativo Abenfo*, n. 2, out. 2023. Rio de Janeiro: ABENFO, 2023. Disponível em: <https://abenfo.org.br/wp-content/uploads/2024/05/BOLETIN-INFORMATIVO--ABENFO-N2-2023.pdf>. Acesso em: 8 set. 2025.

BEVILÁQUA, J. C.; REIS, L. C.; ALVES, V. H.; RODRIGUES, D. P.; VIEIRA, B. D. G.; SILVA, B. C. M.; PARENTE, A. T.; PENNA, L. H. G. Health professionals' perceptions of planned home birth care within the Brazilian health system. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 23, art. 844, 2023. DOI: 10.1186/s12884-023-06161-9.

BEZERRA, M. S. et al. Avanços e desafios das políticas públicas relacionadas à saúde da mulher no Brasil. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 4, p. 106-123, 2024. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n5p106-123>.

BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low-risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *British Medical Journal*, v. 343, p. 1136-1149, 2011.

BLIX, E; KUMLE, M; KJÆRGAARD, H; ØIAN, P; LINDEGREN, H. Transfer to hospital in planned home births: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 14, art. 179, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-179>.

BOCHNIA, E. R. et al. Atuação do enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 18, n. 2, p. e41570, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1121526>. Acesso em: 12 ago. 2024.

BOHREN, M. A.; HOFMEYR, G. J.; SAKALA, C.; FUKUZAWA, R. K.; CUTHBERT, A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7, CD003766, 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28681500/>. Acesso em: 8 set. 2025.

BOHREN, Meghan A.; TUNÇALP, Özge; MILLER, Suellen. Transforming intrapartum care: respectful maternity care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, v. 67, p. 113-126, 2020. ISSN 1521-6934. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.02.005>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Diretriz metodológica: síntese de evidências para políticas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. 70 p. ISBN 978-85-334-2844-7. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_sintese_evidencias_politicas.pdf. Acesso em: 12 jun. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. *Diário Oficial da União*, 10 dez. 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 out. 1988.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965/2014 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD). *Diário Oficial*

da União, 15 ago. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jun. 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 19 mar. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (versão preliminar)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://atencaoprimaria.es.gov.br/Media/AtencaoPrimaria/Mulher/Diretriz%20Nacional%20de%20assistencia%20ao%20Parto%20Normal-2022.pdf>. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de atenção à saúde da mulher: atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_saude_mulher_prenatal_baixo_risco.pdf. Acesso em: 05 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: política nacional de humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2008.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 11, de 07 de janeiro de 2015*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Rede Alyne: uma estratégia nacional pela redução da mortalidade materna no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/apresentacoes/2024/apresentacao-rede-alyne>. Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Rede Cegonha: uma rede de cuidados para a saúde das mulheres e crianças* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Rede Nacional para a Qualidade do Cuidado Materno Infantil – Rede Alyne*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/15793>. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Nota técnica nº 2/2021-CGCIVI/DAPES/SAPS/MS: recomendações para a escolha segura do local adequado para o parto*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20211211_N_NTPARTODOMICILIAR_6784229184478666706.pdf. Acesso em: 12 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. *Manual técnico: gestação de alto risco* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 692 p. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC: TABNET: estatísticas vitais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Dispõe sobre as diretrizes para a implantação dos Centros de Parto Normal. *Diário Oficial da União*, 12 fev. 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0116_11_02_2009.html. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 985/99, de 05 de agosto de 1999. dispõe sobre a criação e funcionamento dos Centros de Parto Normal (CPN) no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1999.

CARNEIRO RG. *Cenas de Parto e Políticas do Corpo*. Rio de Janeiro - RJ: Editora Fiocruz; 2015.

CHEYNEY, M. et al. Outcomes of care for 16,924 planned home births in the United States: the Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009. *Journal of Midwifery & Women's Health*, v. 59, n. 1, p. 17-27, 2014.

COHEN, J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2. ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.

COLOSSI, L. *Crêterios de elegibilidade das mulheres para o atendimento ao parto domiciliar planejado: proposta de um protocolo* [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/188833/PNFR1030D.pdf?sequence=1>. Acesso em: 8 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – Cofen. *Anvisa acata pedido do Cofen e inclui enfermeiros em sistema de prescrição de medicamentos controlados*. Brasília, 12 set. 2025. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/anvisa-acata-pedido-do-cofen-e-inclui-enfermeiros-em-sistema-de-prescricao-de-medicamentos-controlados/>. Acesso em: 17 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Vitória dos Conselhos de Enfermagem é destaque em informativo de jurisprudência do STJ*. Brasília: Cofen, 30 jan. 2025. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/vitoria-dos-conselhos-de-enfermagem-e-destaque-em-informativo-de-jurisprudencia-do-stj/>. Acesso em: 9 jul. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 786, de 7 de agosto de 2025. Altera o Anexo II da Resolução COFEN nº 737, de 2 de fevereiro de 2024, que normatiza a atuação do Enfermeiro Obstétrico e Obstetriz na assistência à mulher, recém-nascido e família no Parto Domiciliar Planejado. Brasília, DF: COFEN, 2025. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-786-de-07-de-agosto-de-2025/>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Enfermagem tem papel fundamental na Rede Alyne, que reestrutura assistência à gestação e parto. Brasília, DF, 20 set. 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/enfermagem-tem-papel-fundamental-na-rede-alyne-que-reestrutura-assistencia-a-gestacao-e-parto/>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Hospital público mineiro comemora um ano de parto domiciliar. Brasília: COFEN, 13 fev. 2015. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/hospital-publico-mineiro-comemora-um-ano-de-parto-domiciliar/>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Reforma Obstétrica no Brasil Já! – Atualização fev. 2025*. Brasília: Cofen, 2025. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2025/04/REFORMA-OBSTETRICA-NO-BRASIL-JA-ATUALIZACAO-FEV-2025-F.-1.pdf>.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA. *Protocolo de assistência ao parto domiciliar planejado por enfermeiras obstetras e obstetrizes do Estado da Bahia*. Salvador, BA: Conselho Regional de Enfermagem da Bahia, 2025. Disponível em: <https://www.coren-ba.gov.br/wp-content/uploads/2025/09/1-PROTOCOLO-DE-ASSISTENCIA-AO-PARTO-DOMICILIAR-PLANEJADO-BAHIA-versao-final-POS-VALIDA.pdf>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). *Resolução COFEN nº 516/2016: normatiza a atuação e a responsabilidade do enfermeiro obstetra e obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de obstetrícia, centros de*

parto normal e/ou casas de parto e outros locais onde ocorra essa assistência. Brasília: COFEN, 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Diretrizes para elaboração de protocolos de enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelos Conselhos Regionais.* Brasília: COFEN, 2018. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/Diretrizes-para-elaboracao-de-protocolos-de-Enfermagem-.pdf>.

Acesso em: 8 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Resolução COFEN nº 737, de 02 de fevereiro de 2024: normatiza a atuação do enfermeiro obstétrico e obstetriz no parto domiciliar planejado.* Brasília: COFEN, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 464, de 2014. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar. Brasília: COFEN, 2014. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014/>. Acesso em: 8 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 477, de 14 de abril de 2015. Brasília: COFEN, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 516, de 15 de abril de 2016. Dispõe sobre a atuação do enfermeiro obstetra na assistência ao parto. Brasília: COFEN, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 564, de 6 de novembro de 2017. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 672, de 2021. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília:

COFEN, 2021. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-672-2021/>. Acesso em: 8 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Parecer Técnico CN SM/COFEN nº 003/2019, de 14 de agosto de 2019: regulação e prática da enfermagem obstétrica no parto domiciliar planejado*. Brasília: COFEN, 2019.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SANTA CATARINA. *Resolução CRM-SC nº 193/2019*. Florianópolis: CRM-SC, 2019. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/SC/2019/193_2019.pdf. Acesso em: 12 ago. 2024.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. *O parto domiciliar na visão da Câmara Técnica de Saúde da Mulher do Cremesp: Cremesp não recomenda realização de parto domiciliar*. São Paulo: CREMESP, 2011. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=%201448>. Acesso em: 12 ago. 2024.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ. *Parecer nº 2835/2020 CRM-PR: realização de parto domiciliar por enfermeiro*. Curitiba: CRM-PR, 2020. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/PR/2020/2835_2020.pdf. Acesso em: 12 ago. 2024.

CUMBERLEGE, J. (ed.). *Better births: improving outcomes of maternity services in England – a five year forward view for maternity care*. London: NHS England, 2016. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/publication/better-births-improving-outcomes-of-maternity-services-in-england-a-five-year-forward-view-for-maternity-care/>. Acesso em: 8 set. 2025.

CURSINO, T. P.; BENINCASA, M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1433-1443, 2020. doi: 10.1590/1413-81232020254.13582018.

CWM TAF MORGANNWG UNIVERSITY HEALTH BOARD (CTMUHB). *Cord prolapse management protocol* [recurso eletrônico]. Wales: NHS Wales, [s.d.]. Disponível em: <https://wisdom.nhs.wales/a-z-guidelines/c/cord-prolapse-management-ctmuhb-pdf/>. Acesso em: 8 set. 2025.

DA SILVA, E. O. et al. Experience of professional autonomy in the assistance to home birth by obstetric nurses. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 33, 2019.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. *Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC*. Brasília: DATASUS, 2025.

DELGADO NUNES, V.; GHOLITABAR, M.; SIMS, J. M.; BEWLEY, S.; GUIDELINE DEVELOPMENT GROUP. Intrapartum care of healthy women and their babies: summary of updated NICE guidance. *BMJ*, v. 349, g6886, 2014. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/349/bmj.g6886>. Acesso em: 8 set. 2025.

DINIZ, CSG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009. DOI: 10.7322/jhgd.19921.

DOMINGUES, RMDM; DIAS, MAB; NAKAMURA-PEREIRA, M; TORRES, JA; D'ORSI, E; PEREIRA, APE; SCHILITZH, AOC; LEAL, MC. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, supl. 1, p. S101-S116, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113>.

DOS SANTOS PASCOTO, G. et al. Difficulties in home birth care from the perspective of obstetric nurses. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 34, 2020.

DOWNE, S. et al. How do pregnancy and birth experiences influence women's intentions for place of birth in current and future pregnancies? *BMC Pregnancy and Childbirth*, [s. l.], v. 15, p. 1-11, 2015. DOI: 10.1186/s12884-015-0581-y.

DOWNE, S.; Finlayson, K.; Oladapo, O. T.; Bonet, M.; Gülmezoglu, A. M. (2018). *What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review*. PLOS ONE, 13(4): e0194906.

ENLACE – Articulação Nacional de Parteiras Tradicionais e Enfermeiras Obstétricas/Obstetrizes. *Parteiras, enfermeiras obstétricas e obstetrizes: práticas e saberes em movimento*. Brasília, DF: ENLACE, 2022. Disponível em: https://enlaceparteiras.org/wp-content/uploads/2022/11/publicacao_enlace_parteiras_enfermeiras_obstetricas_e_obstetrizes_-_digital.pdf.

FAUL, F.; ERDFELDER, E.; LANG, A.-G.; BUCHNER, A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral. *Behavior Research Methods*, v. 39, p. 175-191, 2007.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). *Recomendações Febrasgo parte II: local para o parto seguro*. São Paulo: FEBRASGO, 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/716-recomendacoes-febrasgo-parte-ii-local-para-o-parto-seguro>. Acesso em: 12 ago. 2024.

FREITAS-JÚNIOR, R. A. de O. Mortalidade materna evitável enquanto injustiça social. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 20, n. 2, abr-jun. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF). Estratificação do risco gestacional: aspectos clínicos. Rio de Janeiro: IFF/Fiocruz, 2024. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2024/10/ESTRATIFICACAO_MULHERES_CLINICOS.pdf. Acesso em: 26 ago. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. *Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente: Protocolo E-MOTIVE e redução de hemorragias pós-parto (OMS)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 25 maio 2023. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/protocolo-e-motive-e-reducao-de-hemorragias-pos-parto-oms/>. Acesso em: 8 set. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. *Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente: Principais questões sobre intervenções oportunas na hemorragia obstétrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 13 nov. 2024. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-intervencoes-oportunas-na-hemorragia-obstetrica/>. Acesso em: 8 set. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). *Principais questões sobre cuidado*

ao recém-nascido no parto e nascimento. Rio de Janeiro: Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, 2017. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre--cuidado-ao-recem-nascido-no-parto-e-nascimento/>. Acesso em: 25 set. 2024.

HADDAWAY, N. R. et al. PRISMA2020: a tool for producing PRISMA 2020 flow diagrams. *Campbell Systematic Reviews*, v. 18, e1230, 2022. doi: 10.1002/cl2.1230.

HAUCK, Y.; NATHAN, E.; BALL, C.; HUTCHINSON, M.; SOMERVILLE, S.; HORNBUCKLE, J.; DOHERTY, D. Women's reasons and perceptions around planning a homebirth with a registered midwife in Western Australia. *Women and Birth*, v. 33, n. 1, p. e39-e47, 2020. DOI: 10.1016/j.wombi.2018.11.017.

HOLLOWELL, J.; ROWE, R.; TOWNEND, J.; KNIGHT, M.; LI, Y.; LINSELL, L.; REDSHAW, M.; BROCKLEHURST, P.; MACFARLANE, A.; MARLOW, N.; MCCOURT, C.; NEWBURN, M.; SANDALL, J.; SILVERTON, L. The Birthplace in England national prospective cohort study: further analyses to enhance policy and service delivery decision-making for planned place of birth. *Health Services and Delivery Research*, v. 3, n. 36, p. 1-312, 2015. DOI: 10.3310/hsdr03360.

HUTTON, E. K. et al. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: a systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*, v. 14, p. 59-70, 2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(19\)30119-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(19)30119-1/fulltext).

HUTTON, E. K.; REITSMA, A. H.; KLEIN, M. C. Perinatal outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003–2006: a retrospective cohort study. *Birth*, v. 36, n. 3, p. 180–189, 2016. doi: 10.1111/j.1523-536X.2009.00322.x.

INSTRUMENTO de Estratificação de Risco Gestacional. 2. ed. Florianópolis: Governo do Estado de Santa Catarina, Secretaria de Estado da Saúde, maio 2022. Disponível em: <https://saude.sc.gov.br/index.php/pt/atencao-primaria-a-saude/gerencias-da-aps/gapps/saude->

da-mulher/saude-da-mulher-arquivos/instrumento-de-estratificacao-de-risco-gestacional-2/download. Acesso em: 8 set. 2025.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO). *WHO labour care guide: new global standard for monitoring childbirth*. London: FIGO, 2020. Disponível em: <https://www.figo.org/news/who-labour-care-guide-new-global-standard-monitoring-childbirth>. Acesso em: 8 set. 2025.

JONGE, A. de et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG*, v. 121, n. 4, p. 353-361, 2014.

JONGE, A. de et al. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG*, v. 122, n. 5, p. 720–728, 2015.

KATZ, L. et al. Protagonismo da mulher no processo de parto e nascimento: avanços e desafios. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 42, n. 12, p. 780–786, 2020.

KOETTKER, J. G. et al. Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, n. 4, p. 747-750, 2012.

KOETTKER, J. G.; BRÜGGEMANN, O. M.; DUFLOTH, R. M. Planned home births assisted by nurse midwives: maternal and neonatal transfers. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, n. 1, p. 15-21, 2013.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014.

LEAL, M. C. et al. *Sumário executivo: atenção ao parto e nascimento em maternidades no âmbito da Rede Cegonha*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/sumario-executivo-atencao-ao-parto-e-nascimento-em-maternidades-da-rede-cegonha/>. Acesso em: 12 ago. 2024.

LEISTER, N.; BUSSADORI, J. C. C.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; GAMA, S. G. N.; LOPES, G. A.; RIESCO, M. L. G.; SANTOS, N. C. P.; ALONSO, B. D.; CINTRA, N. R.; LEAL, M. C.; MCCOURT, C. Births in Brazilian Birthing Centers: a research protocol. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 41, n. 1, 2025. DOI: 10.1590/0102-311XPT233023.

LEVETT, K. M.; SMITH, C. A.; BENSOUSSAN, A. et al. Complementary therapies for labour and birth study: a randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour. *BMJ Open*, v. 6, n. 7, e010691, 2016. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/7/e010691.full.pdf>. Acesso em: 8 set. 2025.

LIMA, K. G. et al. A ressignificação do parto domiciliar na prática de enfermeiras obstétricas. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 9, e845997923, 2020.

LIMA, T. H. et al. Casas de parto no Brasil: desafios e potencialidades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, supl. 5, p. e20190098, 2020.

LIVINHALE, G. V. F. Fatores que impulsionam a adequação do parto. *Revista Eixos Tech*, v. 5, n. 2, 2018. doi: 10.18406/2359-1269.

LUCENA, F. S. et al. (org.). *Concepção, gravidez, parto e pós-parto: perspectivas feministas e interseccionais*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2024.

MACONES, G. A.; HANKINS, G. D.; SPONG, C. Y.; HAUTH, J.; MOORE, T. The 2008 NICHD workshop report on electronic fetal monitoring: update on definitions, interpretation, and research guidelines. *Obstetrics & Gynecology*, v. 112, n. 3, p. 661–666, 2008. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181841395. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18757666/>. Acesso em: 8 set. 2025.

MATA, J. A. L. Enfermagem obstétrica no parto domiciliar planejado: responsabilidade legal e organização do serviço. In: PROENF: Saúde Materna e Neonatal. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2017. p. 75-125.

MATTOS, D. V. et al. As relações com a parturiente na assistência ao parto domiciliar: perspectivas tradicionais e modernas. *Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia*, 2018. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/4812297612305257>.

MATTOS, D. V.; VANDENBERGHE, L.; MARTINS, C. A. Motivação de enfermeiros obstetras para o parto domiciliar planejado. *Journal of Nursing UFPE on line*, v. 8, n. 4, p. 951-959, 2014.

MATTOS, D. V.; VANDENBERGHE, L.; MARTINS, C. A. O enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 10, n. 2, p. 568-575, 2016.

MEDINA, M. C. P. *O parto domiciliar como campo de disputa de saberes e práticas: o renascimento do nascimento no Brasil*. 2020. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

MEDINA, E. T. *O modelo casa de parto como estratégia de desmedicalização do parto no Rio de Janeiro*. 2022. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

MIDDLETON, P.; SHEPHERD, E.; CROWTHER, C. A. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5, CD004945, 2018. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004945.pub4/full>. Acesso em: 8 set. 2025.

MILLER, Suellen et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, v. 388, n. 10056, p. 2176-2192, 2016. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31472-6.

MORELLI, A.; SMITH, L.; KARIA, A. et al. Outcomes for women with diabetes admitted for labour care to midwifery units in the UK: a national prospective cohort study and survey of practice using the UK Midwifery Study System (UKMidSS). *BMJ Open*, v. 14, n. 12, e087161, 2024. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/14/12/e087161.full.pdf>. Acesso em: 8 set. 2025.

MOUTA, R. J. O. et al. A utilização da acupuntura na indução do trabalho de parto: uma revisão de escopo. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 8, p. 83291-83302, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/34834>. Acesso em: 8 set. 2025.

NAGINEVIČIŪTĖ, M.; BARTUSEVIČIENĖ, E.; BLAŽEVIČIENĖ, A. Birth experience and early postpartum outcomes: a cross-sectional study of mother–infant bonding, breastfeeding self-efficacy, and depressive symptoms. *European Journal of Midwifery*, v. 10, n. February, art. 5, p. 1-9, 2026. DOI: 10.18332/ejm/217879.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). *Intrapartum care for healthy women and babies: clinical guideline*. London: NICE, 2017.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). *Intrapartum care for healthy women and babies*. London: NICE, 2021. Disponível em: <https://www.nice.org.uk>. Acesso em: 15 ago. 2025.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). *Intrapartum care for healthy women and babies: Clinical guideline [CG190]*. London: NICE, 2014. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>. Acesso em: 8 set. 2025.

OLIVEIRA, S. M. J. V. et al. Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 19, n. 4, p. 774-782, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/y6DsCXHqtTT6qNvcBYMwgsn/>. Acesso em: 8 set. 2025.

OLIVEIRA TR, et al. Assistência ao parto domiciliar planejado: trajetória profissional e especificidades do cuidado da enfermeira obstétrica. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29:e20190182. doi:10.1590/1980-265X-TCE-2019-0182.

OLSEN, O.; CLAUSEN, J. Planned hospital birth compared with planned home birth for pregnant women at low risk of complications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 3, CD000352, 2023. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000352.pub3/full>. Acesso em: 8 set. 2025.

ONTARIO ASSOCIATION OF MIDWIVES. *Choice of birthplace: guideline for discussing choice of birthplace with clients*. Toronto: Association of Ontario Midwives, 2015. Disponível em: <https://www.ontariomidwives.ca/sites/default/files/CPG%20supplemental%20resources/Choice%20of%20birthplace.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades*. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso em: 8 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica*. Brasília: OPAS, 2018.

Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34879/9788579671241-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 8 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Guia de implementação da lista de verificação da OMS para partos seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos*. Genebra: OMS, 2017. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf?sequence=5>. Acesso em: 17 dez. 2024.

OSF. *Modelo de atenção ao parto domiciliar planejado no Brasil por enfermeiras obstetras e obstetrizes: uma revisão de escopo*. 2023. doi: 10.17605/OSF.IO/F5UGM. Disponível em: <https://osf.io/axh52>.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-573.

PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. M. et al. *Planned home birth: reflections on the care model from obstetric nurses*. Texto & Contexto Enfermagem, [S. l.], 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/87pzR4tBzjXg4T8H7nJyY3L/?lang=pt>. Acesso em: 11 set. 2025.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde (DAV). Estratificação de risco – linha de cuidado materno-infantil (aprovada na CIB/PR em 24.02.2021). Curitiba: Secretaria da Saúde, [2021]. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-02/10%20%20Estratifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20risco%20%20Linha%20de%20cuidado%20materno%20Infantil.pdf. Acesso em: 26 ago. 2025.

PEREDA-GOIKOETXEA, B. et al. A qualitative study of hospital birth perceptions: the helix of priority needs. *Midwifery*, v. 74, p. 91-98, 2019. DOI: 10.1016/j.midw.2019.03.011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30939335/>

PEREIRA, FM. *Parteiras, medicina e ciência: políticas do parto e diálogos necessários na atenção à saúde da mulher*. 2018. 116 f. Dissertação – Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2018.

Disponível em: <https://api.arca.fiocruz.br/api/core/bitstreams/1ead9c54-033d-4e2f-8af4-b92e7fc10145/content>. Acesso em: 9 jun. 2026.

PERIPOLLI, L. de O. A experiência de mulheres, acompanhantes e enfermeiras obstétricas no parto domiciliar planejado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, p. 81-95, 2019.

PETERS, M. D. J. et al. Chapter 11: Scoping Reviews. In: AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (ed.). *JBÍ Manual for Evidence Synthesis*. North Adelaide: JBI, 2020. Disponível em: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>.

PETERS, M. D. J. et al. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, v. 13, n. 3, p. 141-146, 2015. doi: 10.1097/xeb.0000000000000050.

PITTA, B. C. et al. Transformações na assistência ao parto no Brasil: desafios e perspectivas para a humanização com a participação de doulas e parteiras. *Periódicos Brasil. Pesquisa Científica*, v. 3, n. 2, p. 291-308, 2024.

POMPEU, K. C.; NUNES, J. A.; SILVA, R. S. et al. Mapeamento das equipes de parto domiciliar planejado: revelando o cenário brasileiro. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, v. 17, n. 12, e13003, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/download/13003/7559/37538>. Acesso em: 8 set. 2025.

POWER, C.; WILLIAMS, C.; BROWN, A. Does childbirth experience affect infant behaviour? Exploring the perceptions of maternity care providers. *Midwifery*, v. 78, p. 131–139, 2019. DOI: 10.1016/j.midw.2019.07.021.

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. *Family-centred maternity and newborn care: national guidelines*. Ottawa: PHAC, 2017. Disponível em: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/maternity-newborn-care-guidelines.html>. Acesso em: 16 set. 2022.

RAMSHAW, A. The complete guide to acceptable survey response rates. *Genroe*, 2019. Disponível em: <https://www.genroe.com/blog/acceptable-survey-response-rate-2/11504/>. Acesso em: 22 nov. 2023.

RATTNER, D.; SANTOS, M. L. dos; LESSA, H.; DINIZ, S. G. ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 4, n. 4, p. 215-228, 2010. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v4i4.849>. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/849>.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, supl. 1, p. 595-602, 2009. DOI: 10.1590/S1414-32832009000500011.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *A reforma obstétrica no Brasil já: atualização fev. 2025*. São Paulo: Rede Feminista de Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.redesaude.org.br/wp-content/uploads/2025/04/REFORMA-OBSTETRICA-NO-BRASIL-JA-ATUALIZACAO-FEV-2025-F.-2.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2025.

REIS, T. L. R. et al. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 38, n. 1, p. e64677, 2017.

REIS, T. R. et al. Parto domiciliar planejado no Brasil: análise da assistência e desfechos perinatais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 4, p. e00213720, 2021.

REITSMA, A. et al. Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: a systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*, v. 21, p. 100319, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(20\)30063-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(20)30063-8/fulltext).

REITSMA, A. et al. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *Canadian Medical Association Journal*, v. 192, n. 13, p. E351–E358, 2020.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS; ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. *Home births*. London: RCOG/RCM, 2007. Disponível em: <http://www.rcog.org.uk/files/rcogcorp/uploadedfiles/JointStatmentHomeBirths2007.pdf>

ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. *Working with Birthrate Plus®*. London: Royal College of Midwives, 2014. Disponível em: <https://www.rcm.org.uk/wp-content/uploads/2024/06/working-with-birthrate-plus.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2026.

RODRÍGUEZ-GARRIDO, P.; PINO-MORÁN, J. A.; GOBERNATRIZAS, J. Exploring social and health care representations about home birth: an integrative literature review. *Public Health Nursing*, v. 37, n. 3, p. 422-438, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/phn.12708>.

SANDALL, J.; FERNANDEZ TURIENZO, C.; DEVANE, D.; SOLTANI, H.; GILLESPIE, P.; GATES, S.; JONES, L. V.; SHENNAN, A. H.; RAYMENT-JONES, H. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 4, CD004667, 2024. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub6.

SANFELICE, C. F. de O. et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Revista Rene*, v. 15, n. 2, p. 362-370, 2014.

SANFELICE, C. F. et al. A medicalização do parto: uma análise das taxas de cesariana no Brasil. *Revista Saúde em Debate*, v. 38, n. 103, p. 733-743, 2014.

SANFELICE, C. F. O.; SHIMO, A. K. K. Social representations on home birth. *Escola Anna Nery*, v. 19, n. 4, p. 606-613, 2015. doi: 10.5935/1414-8145.20150081.

SANTOS, L. M. et al. Trajectories of obstetric nurses in the care of planned home childbirth: oral history. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 42, p. e20200191, 2021.

SANTOS, S. S. et al. Resultados de partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas. *Revista de Enfermagem UFSM*, v. 8, n. 1, p. 1-15, 2018.

SÃO PAULO (Município). Câmara Municipal de São Paulo. Projeto de Lei nº 717/2015. Estabelece diretrizes para o acompanhamento do Parto Domiciliar no âmbito da Rede Municipal de Saúde de São Paulo. Autoria: Juliana Cardoso; Sâmia Bomfim; Luana Alves. São Paulo: Câmara Municipal de São Paulo, 2015. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.leg.br/iah/fulltext/projeto/PL0717-2015.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2026.

SCARF, V. L. et al. The relationship between planned place of birth and outcomes for women with low risk pregnancies: a systematic review and meta-analyses. *Midwifery*, v. 62, p. 230-240, 2018.

SCHNECK, C. A.; RIESCO, M. L. G. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um Centro de Parto Normal intra-hospitalar. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, v. 10, n. 3, p. 240-246, 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. *Manual Técnico das Casas de Parto – Município de São Paulo*. São Paulo: SMS-SP, 2016. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/manualcasasdeparto15122016.pdf>. Acesso em: 8 set. 2025.

SIQUEIRA, Y. M. A.; GRADIM, C. V. C. Acolhimento na assistência em centros de parto: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 11, supl. 3, p. 1513-1519, 2017.

SMITH, C. A.; ARMOUR, M.; DAHLEN, H. G. Acupuncture or acupressure for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 10, CD002962, 2017. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002962.pub4/full>. Acesso em: 8 set. 2025.

SLOMIAN, J.; HONVO, G.; EMONTS, P.; REGINSTER, J.-Y.; BRUYÈRE, O. Consequences of maternal postpartum depression: a systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, v. 15, p. 1-55, 2019. DOI: 10.1177/1745506519844044.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz brasileira de cardiologia fetal – 2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 112, n. 5, p. 600-648, 2019. Disponível em: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-S0066-782X2019000500600/0066-782X-abc-S0066-782X2019000500600-pt.x80891.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Cuidados com a higiene do bebê: recomendações para pais e cuidadores*. Departamento Científico de Dermatologia. Rio de Janeiro: SBP, 2020. Disponível em: <https://www.sbp.com.br>. Acesso em: 8 set. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Cuidados com a pele e anexos do recém-nascido: da higienização e hidratação ao tratamento*. Guia Prático de Atualização nº 140. Rio de Janeiro: SBP, 2024. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2024/abril/11/_24424L-GPA_ISBN__Cuidado_Pele_e_Anexos_do_RN.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Nascimento seguro*. Rio de Janeiro: SBP, 2018. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Neonatologia_-_20880b-DC_-_Nascimento_seguro_003_.pdf. Acesso em: 12 ago. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Profilaxia da oftalmia neonatal transmitida verticalmente. Rio de Janeiro: SBP; [data não informada]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22851d-DC-Profilaxia_da_Oftalmia_Neonatal_TransmVert.pdf.

SOUSA, R. P. S. et al. A desinstitucionalização do parto: uma revisão integrativa da literatura. *Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, v. 12, n. 39, p. 169-180, 2018.

SOLA-MARTÍNEZ, A. et al. Enablers and barriers to practicing planned home birth in Spain. *Women and Birth*, [S. l.], 2025. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519225000721>. Acesso em: 8 set. 2025.

SPAGNOLI, M.; MONROE, M.; DAVIES, C. The effect of Spinning Babies® education on confidence in implementing techniques and knowledge regarding safety related to labor positioning among birth professionals. *Journal of Perinatal Education*, v. 33, n. 4, p. 206-211, 2024. DOI: 10.1891/JPE-2023-0021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39444747/>. Acesso em: 8 set. 2025.

TEIXEIRA, A. Casa da Doula: apoio ao gestar, parir e nutrir. *Hospital Sofia Feldman: o SUS que dá certo*. Disponível em: <https://blog.casadadoula.com.br/parto-normal/hospital-sofiafeldmanosusquedacerto/#:~:text=O%20parto%20acontece%20em%20casa%2C%20com%20assist%C3%Aancia%20de,%C3%BAnico%20hospital%20a%20oferecer%20parto%20domiciliar%20pelo%20SUS>. Acesso em: 26 set. 2024.

VALINHO, P. B. et al. As dificuldades do parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 7, e45910716540, 2021.

VAN SIELEGHEM, S.; DANCKAERTS, M.; RIEKEN, R.; OKKERSE, J. M. E.; DE JONGE, E.; BRAMER, W. M.; LAMBREGTSE-VAN DEN BERG, M. P. Childbirth related PTSD and its association with infant outcome: a systematic review. *Early Human Development*, v. 174, 105667, 2022. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2022.105667.

VEDAM, S. et al. The Canadian birth place study: examining maternity care provider attitudes and interprofessional conflict around planned home birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 14, n. 353, 2014. doi: 10.1186/1471-2393-14-353.

VOLPATO, F.; COSTA, R.; BRÜGGEMANN, O. M.; MONGUILHOTT, J. J. C.; GOMES, I. E. M.; COLOSSI, L. Information that (de)motivate women's decision making on Planned Home Birth. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, n. 4, e20200404, 2021. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0404.

VON ELM, E. et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 61, n. 4, p. 344-349, 2008. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2007.11.008.

WALSH, S.; BLIJDEN, J. *Guide: having a baby in the Netherlands*. The Hague, p. 1-13, jun. 2012.

WEBLER, N. et al. Professional autonomy in dealing with complications: discourse of obstetric nurses working in planned home births. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 76, n. 2, 2023.

WENNERHOLM, U. B.; SALTVEDT, S.; WESSBERG, A. et al. Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEPIIS): multicentre, open label, randomised, superiority trial. *BMJ*, v. 367, 16131, 2019. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/367/bmj.16131>. Acesso em: 8 set. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Care in normal birth: a practical guide*. *Birth*, v. 24, n. 2, p. 121-123, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>. Acesso em: 14 ago. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Geneva: WHO, 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *State of the World's Midwifery 2021: building a health workforce to meet the needs of women, newborns and adolescents everywhere*. Geneva: WHO, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: WHO, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO labour care guide: user's manual*. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017566>. Acesso em: 8 set. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=>. Acesso em: 8 set. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Improving maternal and newborn health and survival and reducing stillbirth: progress report 2023. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://knowledge.unicef.org/health/resource/improving-maternal-and-newborn-health-and-survival-and-reducing-stillbirth-progress-report>. Acesso em: 05 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Transitioning to midwifery models of care: global position paper. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240098268>. Acesso em: 05 jul. 2025.

ZANATTA, S. A. D.; SALVARO, G. I. J. Políticas públicas no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004): mapeando ações de prevenção à violência obstétrica. *Revista Direitos Sociais e Democracia*, Criciúma, v. 11, n. 1, p. 53-72, 2025. DOI: <https://doi.org/10.18616/rdsd.v11i1.9604>.

ZEPEDA, K. G. M. et al. Fundamentos da ciência da implementação: um curso intensivo sobre um emergente campo de pesquisa. *Escola Anna Nery*, v. 22, n. 2, p. e20170323, 2018.

ZIELINSKI, Ruth; ACKERSON, Kelly; KANE LOW, Lisa. Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. *International Journal of Women's Health*, v. 7, p. 361-377, 2015. DOI: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S55561>.

9. APÊNDICE

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

1. Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, *
potenciais riscos e desconfortos que esta pode acarretar: [TCLE](#)

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Aceito participar da pesquisa
☐ Não aceito participar da pesquisa

Identificação e Caracterização da equipe

2. Nome: *

3. Nome da equipe que pertence: *

4. E-mail: *

5. WhatsApp: *

6. Data de nascimento: *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

7. **Qual a sua formação: ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Enfermeiro Obstetra
- ☐ Obstetriz

8. **Tempo de formação na obstetrícia: ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 a 1 ano
- ☐ 1 a 2 anos
- ☐ 2 a 5 anos
- ☐ 5 a 10 anos
- ☐ Mais de 10 anos

9. **Você está inscrita no Conselho Regional de Enfermagem? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

10. **Em quais instituições você já trabalhou antes de iniciar a assistência ao Parto Domiciliar Planejado (PDP)** *
(marque quantas opções quiser)?

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Centro de Parto Normal Peri-hospitalar (Casa de Parto)
☐ Centro de Parto Normal Intra-hospitalar
☐ Maternidade: Centro obstétrico/Centro cirúrgico
☐ Maternidade: outras áreas
☐ Atenção primária
☐ Não trabalhei
☐ Outro: _____

11. *
Por quanto tempo trabalhou em cada um dos locais citados?

12. **Há quanto tempo presta assistência ao Parto Domiciliar Planejado (PDP)?** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 a 6 meses
☐ Entre 6 meses e 1 ano
☐ Entre 1 e 3 anos
☐ Entre 3 e 5 anos
☐ Mais de 5 anos

13. **Quantos PDPs sua equipe já atendeu?** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 01 a 10
☐ 11 a 20
☐ 21 a 30
☐ 31 a 40
☐ mais de 40
☐ Não sei informar

14. **Quantos PDPs sua equipe atendeu nos últimos doze meses? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 01 a 10
- ☐ 11 a 20
- ☐ 21 a 30
- ☐ 31 a 40
- ☐ mais que 40

15. **Existe um responsável técnico específico pela equipe de PDP? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

16. **Sua equipe está registrada como empresa/pessoa jurídica? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

17. **Sua equipe ou algum membro está cadastrada na Secretaria Municipal de Saúde para emissão da Declaração de Nascido Vivo? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

18. **Quantos integrantes sua equipe possui além de você?** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5 ou mais

19. **Quantas obstetrizes ou enfermeiras obstetras para backup sua equipe possui?** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5 ou mais

20. **Até qual a distância, em tempo, a equipe realiza assistência de PDP? (Sendo a referência de partida o local em que a equipe reside)** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Até 30 minutos
☐ De 30 a 60 minutos
☐ De 60 a 90 minutos
☐ 90 a 120 minutos
☐ Outro: _____

21. **A equipe realiza reuniões periódicas para discussão de casos clínicos?** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei informar

22.

*

A equipe de PDP participa regularmente de cursos de capacitação e atualização profissional, como: (permite mais de uma opção):

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia em ALSO ou similar
- ☐ Reanimação neonatal ou similar
- ☐ Parto fisiológico
- ☐ Atendimento holístico/biopsicossocial
- ☐ PICS (práticas integrativas e complementares em saúde)
- ☐ Parto na água
- ☐ Atendimento às mulheres em situações de vulnerabilidade social
- ☐ Outros cursos regulares de capacitação e atualização
- ☐ Não participa
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

23. **Qual a periodicidade que acontecem os treinamentos? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Mensalmente
- ☐ Trimestralmente
- ☐ Semestralmente
- ☐ Anualmente
- ☐ A cada dois anos
- ☐ Mais de dois anos
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

Pular para a pergunta 24

Processo Assistencial

24. *
Sua equipe realiza assistência ao pré-natal das gestantes que serão acompanhadas no PDP?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim. Todas as consultas desde o início do acompanhamento
- ☐ Sim. Parcialmente (de forma revezada com outro profissional ou intervalos maiores)
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

25. *
Quando é iniciado o atendimento pré-natal com a equipe de PDP?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ A qualquer momento da gestação
- ☐ A partir do segundo trimestre
- ☐ A partir do terceiro trimestre
- ☐ A partir do termo
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

26. *
O modelo de assistência pré-natal está baseado em alguma diretriz?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

27. *
Há um limite de idade gestacional para a equipe aceitar iniciar o atendimento ao pré-natal para a assistência ao PDP?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Até 28 semanas
- ☐ Até 32 semanas
- ☐ Até 35
- ☐ Até 37
- ☐ Outro: _____

28. **A equipe faz a solicitação de exames laboratoriais e de imagem na assistência ao pré natal? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim. Laboratoriais
☐ Sim. De imagem
☐ Sim. Laboratoriais e de imagem
☐ Não faz solicitação de exames

29. **É solicitado exame de strepto B na consulta pré-natal? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim. É solicitado de rotina
☐ Sim. Em situações de risco (gestação anterior com strepto B positivo, infecção urinária por strepto B ou iminência de prematuridade)
☐ Não
☐ Não sei informar

- 30.

São traçados durante o pré-natal planos de transferência ao hospital em casos de necessidade durante a assistência ao parto/pós-parto? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim. Um plano (plano B)
☐ Sim. Dois planos (B e C)
☐ Mais que dois planos
☐ Não são traçados planos de transferência

31. **Como se dá o registro dos dados da assistência ao pré-natal? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Físico (papel)
☐ Eletrônico
☐ Não registra

32. **A equipe possui Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com informações claras dos riscos e benefícios, bem como de dados estatísticos globais sobre PDP?** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei informar

33. **A equipe faz a leitura do TCLE juntamente com a mulher/família?** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei informar

34. **A equipe tem protocolos de classificação de risco (pré-natal), atualizados nos últimos 5 anos?** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei informar

Critério de Elegibilidade

35. **Quais os critérios de elegibilidade de sua equipe para a ocorrência da assistência ao PDP? (permite mais de uma alternativa)** *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Ter participado de grupo ou consulta de acolhimento/apresentação com a equipe
- ☐ Idade superior a 18 anos
- ☐ Idade gestacional maior do que 37 semanas
- ☐ Resultados de todos os exames dentro do padrão de normalidade
- ☐ Resultados dos exames do 3o trimestre dentro do normal
- ☐ Gestação única
- ☐ Ausência de qualquer cirurgia uterina anterior
- ☐ Ausência de cirurgia uterina anterior exceto cesariana antes de parto normal
- ☐ Parâmetros biofísicos fetais normais
- ☐ Ausência de macrosomia/PIG
- ☐ Ausência de mecônio
- ☐ Ausência de intercorrências clínicas
- ☐ Ausência de intercorrências obstétricas
- ☐ Distância do hospital de até 30 minutos
- ☐ Assinatura e concordância com termo de consentimento livre e esclarecido
- ☐ Apresentação cefálica no início do trabalho de parto
- ☐ Concordância com uso de Ocitocina IM pós-parto
- ☐ Idade gestacional abaixo de 42 semanas
- ☐ Início do trabalho de parto de forma espontânea
- ☐ Desejo da mulher
- ☐ Ter realizado acompanhamento pré-natal com a equipe (ou de forma parcial)
- ☐ Família estar de acordo com os planos de transferência
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

36. **Se sim em intercorrências clínicas. Quais intercorrências? ***

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Cardiopatia
- ☐ Pneumopatias graves
- ☐ Endocrinopatias
- ☐ Hipertensão arterial crônica e/ou uso de anti-hipertensivo
- ☐ Doenças neurológicas
- ☐ Doenças psiquiátricas que necessitem de acompanhamento
- ☐ Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico e outras collagenoses)
- ☐ Alterações genéticas maternas
- ☐ Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar
- ☐ Portadoras de doenças infecciosas como HIV, hepatites e outras ISTs
- ☐ Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras)
- ☐ Dependência de drogas lícitas e ilícitas
- ☐ Hanseníase
- ☐ Tuberculose
- ☐ Não sei informar
- ☐ Não possui esse critério
- ☐ Outro: _____

37.

Se sim em intercorrências obstétricas. Quais intercorrências? (permite mais de uma alternativa) *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Polidrâmnio ou oligodrâmnio
- ☐ Restrição de crescimento intra-uterino
- ☐ Diabetes melitus gestacional
- ☐ Malformação ou arritmia fetal
- ☐ Distúrbio hipertensivo da gestação
- ☐ Infecção urinária de repetição
- ☐ Dois ou mais episódios de pielonefrite
- ☐ Infecções como rubéola e citomegalovírus adquiridas na gestação
- ☐ Evidência laboratorial de proteinúria
- ☐ Desnutrição materna severa
- ☐ Obesidade mórbida
- ☐ Placenta prévia
- ☐ Isoimunização Rh
- ☐ Anemia (Hb abaixo de 11mg/dl) ou anemia não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso
- ☐ ITU em tratamento ou não tratada
- ☐ Não sei informar
- ☐ Não possui esse critério
- ☐ Outro: _____

38. **A equipe disponibiliza à mulher informações/esclarecimentos sobre os critérios de elegibilidade? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei informar

Assistência ao Parto

39. **No momento da assistência ao parto a equipe é composta por quantas integrantes? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3 ou mais

40. **Quem são as integrantes no momento do parto? Marque quantas forem necessárias ***

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Enfermeira obstetra
☐ Obstetriz
☐ Enfermeira generalista
☐ Enfermeira neonatologista
☐ Técnica de enfermagem
☐ Estudante (medicina/enfermagem)
☐ Médica
☐ Doula
☐ Outro: _____

41. **A equipe realiza ausculta fetal intermitente? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei informar

42. **Avalia sinais vitais maternos? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

43. **Realização do exame de toque: ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1/1h
- ☐ A cada 4h
- ☐ Se necessário a cada 4 h
- ☐ Não realiza
- ☐ Outro: _____

44. **Preenche o partograma durante a evolução do PDP? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

45.

*

**Assistência à mulher - quais desses equipamentos e materiais estão disponíveis para dar cuidado à mulher?
(permite marcar mais de uma opção)**

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Prontuário
- ☐ Luva de procedimento
- ☐ Luva estéril
- ☐ Balança adulto
- ☐ Termômetro
- ☐ Estetoscópio clínico
- ☐ Esfigmomanômetro
- ☐ Fita métrica
- ☐ Estetoscópio de Pinard (detector fetal)
- ☐ Sonar (detector fetal)
- ☐ Amnioscópio
- ☐ Foco de luz móvel
- ☐ Instrumental para exame ginecológico, incluindo espéculo vaginal e pinça de Cheron
- ☐ Protetor de colchão
- ☐ Bola de Bobath
- ☐ Instrumental para parto normal
- ☐ Relógio com marcador de segundos
- ☐ Ressuscitador manual adulto com máscara e reservatório
- ☐ Oxímetro de pulso
- ☐ Balão intrauterino para atendimento à hemorragia pós-parto
- ☐ Balão intrauterino adaptado com sonda vesical de demora
- ☐ Cateter nasal
- ☐ Traje anti choque não pneumático
- ☐ Sonda Foley

☐ Material de sutura (luvas estéreis, fios, instrumental estéril, gazes estéreis, seringas, agulhas, anestésico local, antisséptico tópico, compressas estéreis, SF 0,9%, lanterna ou foco de luz)

- ☐ Lâmpada de emergência
- ☐ Caixa de pérfuro-cortantes
- ☐ Garrote
- ☐ Esparadrapo
- ☐ Soros Fisiológico 0,9% de 100, 500, 1000 ml
- ☐ Água destilada
- ☐ Equipos
- ☐ Cateteres de punção venosa
- ☐ Álcool líquido a 70%
- ☐ Ringer lactato
- ☐ Seringas e agulhas
- ☐ Compressa e gazes estéreis
- ☐ Sacos brancos (infectantes)
- ☐ Lixeira de armazenamento de resíduos com tampa
- ☐ Nenhum dos itens acima
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

46. **Assistência ao RN - quais desses equipamentos e materiais estão disponíveis para dar cuidado ao recém-nascido? (permite marcar mais de uma opção)** *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Estetoscópio infantil
- ☐ Fita métrica
- ☐ Termômetro
- ☐ Oxímetro neonatal
- ☐ Balança pediátrica
- ☐ Clampeador de cordão
- ☐ Material estéril para corte do cordão
- ☐ Sonda de aspiração gástrica
- ☐ Aspirador portátil e sonda de aspiração
- ☐ Manta térmica
- ☐ Aquecedor
- ☐ Base rígida para reanimação
- ☐ Ressuscitador manual com máscara para RN e reservatório de oxigênio
- ☐ Cilindro de Oxigênio
- ☐ Baby Puff ou neo puff
- ☐ Máscara laríngea
- ☐ Cateter nasal
- ☐ Nenhum dos itens acima
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

47. **A equipe utiliza algum método para evolução do trabalho de parto em paradas de progressão/ necessidades de indução na assistência ao PDP? (permite mais de uma opção)** *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Ruptura artificial de membranas
- ☐ Uso de ocitocina endovenosa
- ☐ Óleos essenciais
- ☐ Óleo de rícino oral
- ☐ Acupuntura
- ☐ Não realiza nenhum método
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

48. **A equipe dispõe de banheiras para serem utilizadas pelas mulheres durante o trabalho de parto e parto?** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Orientamos cada família a adquirir se desejo
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

Medicamentos

49. **Em relação à dispensação de medicamentos e estoque de materiais, qual a disponibilidade dos diferentes tipos de medicamentos utilizados para assistência ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Disponível
- ☐ Disponível, porém existe dificuldade para compra
- ☐ Não disponível
- ☐ Não faz parte da rotina
- ☐ Não sei informar

50. **Selecione as medicações compostas nos seus materiais: ***

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Ácido tranexâmico
- ☐ Adrenalina
- ☐ Analgésicos e antiinflamatórios: dipirona, hioscina, diclofenac sódico, cetoprofeno
- ☐ Anestésicos
- ☐ Inibidores da contratilidade uterina (Nifedipina, Óxido nítrico, Indometacina, Sulfato de magnésio, Atosibano, Terbutalina, Salbutamol e Ritodrina)
- ☐ Metilergometrina ampola (Methergin/Ergotrate)
- ☐ Misoprostol de 25 mcg vaginal (Citotec, Cytotec ou Misoprostol)
- ☐ Misoprostol de 100 mcg vaginal (Citotec, Cytotec ou Misoprostol)
- ☐ Misoprostol 200 mcg vaginal (Citotec, Cytotec ou Misoprostol)
- ☐ Nitrato de prata
- ☐ Solução ocular de PVPI
- ☐ Pomada ocular de eritromicina
- ☐ Ocitocina (Ocitocina, Orastina, Oxiton, Syntocinon)
- ☐ Rhogam/Matergam/Parthogama
- ☐ Vitamina K Ex: Fitomenadiona (vitamina K - Kanakion®)
- ☐ Não utiliza medicações
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

Assistência pós-parto imediato

51. **Controle de sinais vitais maternos a cada 15 min na primeira hora? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

52. **A equipe realiza o cálculo do índice de choque? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim. Em toda verificação de sinais vitais
- ☐ Sim. Com frequência diferente
- ☐ Não realiza o cálculo
- ☐ Não sei informar

53.

*

Realiza profilaxia de hemorragia pós-parto com 10 UI de ocitocina IM?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim. Sempre
- ☐ Realiza se não há recusa da família
- ☐ Não realiza
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

54. **Tração controlada do cordão para dequitação: ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Imediatamente após o parto
- ☐ Após 30 minutos
- ☐ Após 1 h
- ☐ Após 2 horas
- ☐ A depender de sinais de alerta
- ☐ Não realiza tração controlada do cordão
- ☐ Não sei informar

55. **Realiza revisão perineal? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

56. **Realiza sutura perineal? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim, sempre
- ☐ A depender do grau da laceração
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

57. **Realiza revisão da placenta? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

58. **Realiza curagem em caso de identificação de resto placentário? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

59. **Estimula o contato pele-a-pele entre parturiente e bebê na primeira hora de vida? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Somente em casos de não urgência
- ☐ Não sei informar

60. **Quanto tempo em média a equipe finaliza a assistência do pós-parto imediato? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 hora após o parto
- ☐ 2 horas após o parto
- ☐ 3 horas após o parto
- ☐ 4 horas ou mais após o parto
- ☐ Não sei informar

61. **A equipe realiza coleta de tipagem sanguínea do bebê após o parto? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim. De todos os RNs
- ☐ Sim. Apenas dos bebês de mães com Rh negativo
- ☐ Não realiza
- ☐ Não sei informar

62. **Como a equipe conduz a profilaxia com imunoglobulina anti-Rh em casos de gestante Rh negativa? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ A equipe não realiza assistência ao PDP de mulheres com Rh negativo
- ☐ A equipe administra medicação no pré-natal (28 semanas)
- ☐ A equipe administra medicação no pós-parto até 72 horas de todas as puérperas Rh negativo
- ☐ A equipe administra medicação no pós-parto até 72 horas de puérperas com bebê Rh positivo
- ☐ A equipe administra medicação no pré-natal (28 semanas) e no pós-parto até 72 horas em todas as puérperas
- ☐ A equipe administra medicação no pré-natal (28 semanas) e no pós-parto até 72 horas de puérperas de bebê positivo
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

Assistência ao RN

63. Quando é feito o clampeamento do cordão? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Imediatamente após o nascimento
- ☐ Entre 1 e 3 minutos
- ☐ Após o cordão parar de pulsar
- ☐ Após a saída da placenta
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

64. A equipe realiza a coleta de sangue placentário ou do cordão para verificação da tipagem sanguínea do RN? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim. Sempre
- ☐ Apenas em parturientes Rh negativas
- ☐ Não realiza a coleta
- ☐ Não sei informar

65. Em caso de necessidade, a reanimação neonatal é habitualmente realizada: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Perto da mãe, com cordão intacto
- ☐ Perto da mãe, com cordão seccionado
- ☐ Longe da mãe, mas no mesmo ambiente do parto
- ☐ Em outro ambiente
- ☐ Não sei informar

66. Em caso de necessidade da reanimação neonatal existe estratégia para prevenção da perda de calor do RN? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

67. **A equipe estimula o aleitamento materno na primeira hora de vida? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

68. **A equipe realiza avaliação completa do RN? (Apgar, exame físico completo, antropometria) ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

69. **Quanto tempo após o parto é realizado o exame físico completo do recém-nascido? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Imediatamente após o nascimento
- ☐ Meia hora após o nascimento
- ☐ 1 hora após o nascimento
- ☐ Não realiza o exame
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

70. **Em que local é realizado o exame físico completo do recém-nascido após o nascimento? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ No mesmo ambiente do parto, ao lado da mãe
- ☐ Fora do ambiente do parto, longe da mãe
- ☐ Não realiza o exame
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

71. **Realiza profilaxia de hemorragia neonatal (VIT K) ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim. Sempre
- ☐ Realiza se não há recusa da família
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

72. **A equipe realiza profilaxia da oftalmia gonocócica? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim. Sempre
- ☐ Depende (não realiza em casos de recusa)
- ☐ Depende (não realiza em casos de exames negativos)
- ☐ Não realiza nunca
- ☐ Não sei informar

73. **Em relação aos testes para o recém-nascido, de que maneira é realizado o teste do coraçãozinho: ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Encaminhado para referência
- ☐ Realizado pela equipe
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

74. **Em relação aos testes para o recém-nascido, de que maneira é realizado o teste da orelhinha?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Encaminhado para referência
- ☐ Realizado pela equipe
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

75. **Em relação aos testes para o recém-nascido, de que maneira é realizado o teste da linguinha? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Encaminhado para referência
☐ Realizado pela equipe
☐ Não sei informar
☐ Outro: _____

76. **Em relação aos testes para o recém-nascido, de que maneira é realizado o teste do pezinho? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Encaminhado para referência
☐ Realizado pela equipe
☐ Não sei informar
☐ Outro: _____

77. **Em relação aos testes para o recém-nascido, de que maneira é realizado o teste do olhinho? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Encaminhado para referência
☐ Realizado pela equipe
☐ Não sei informar
☐ Outro: _____

78. **Em relação às vacinas, de que maneira é realizada a BCG? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Encaminhado para referência
☐ Realizado pela equipe
☐ Não sei informar
☐ Outro: _____

79.

*

Em relação às vacinas, de que maneira é realizada a Hepatite B?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Encaminhado para referência
- ☐ Realizado pela equipe
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

80. **O recém-nascido é direcionado para consulta de puericultura até a 1ª semana de vida? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

81.

*

Quem é o profissional responsável pela avaliação do RN nesta consulta? (permite mais de uma alternativa)

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Obstetriz
- ☐ Enfermeiro(a) obstétrica
- ☐ Médico(a) obstetra
- ☐ Enfermeiro(a) (não-obstétrica)
- ☐ Médico(a) (não obstetra)
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

Pós-parto

82. **Quantas consultas de pós-parto a equipe realiza? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 ou mais
- ☐ Não sei informar

83. Qual intervalo de consultas pós-parto a equipe realiza? *

84. Até quantos dias a equipe fica disponível para assistência à mulher e ao RN? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 a 10 dias
- ☐ 10 a 20 dias
- ☐ 20 a 30 dias
- ☐ 30 a 40 dias
- ☐ Acima de 40 dias
- ☐ Não sei informar

85. Sua equipe enfrenta dificuldades na liberação da DNV? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim. Enfrenta dificuldades apesar de estar cadastrada na Secretaria Municipal de Saúde
- ☐ Sim. Enfrenta dificuldades mas não está cadastrada na Secretaria Municipal de Saúde
- ☐ Não enfrenta dificuldades
- ☐ Não sei informar

86. Nos casos de transferência, cite as possibilidades que sua equipe utiliza como referência (possível marcar mais de uma opção):

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Plantão de emergência de uma maternidade pública
- ☐ Plantão de emergência de uma maternidade de convênio ou particular
- ☐ Equipe de referência de uma maternidade particular
- ☐ Não tem plano de transferência pactuado
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

87. *
Hospital de referência possui maternidade?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei informar

88. **Hospital de referência possui UTI neonatal? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei informar

89. **Hospital de referência possui leitos de cuidados intermediários neonatal?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei informar

90. **Hospital de referência possui UTI adulto? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

91. **A transferência INTRAPARTO é realizada de que forma? (permite marcar mais de uma alternativa)**

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Samu
- ☐ Ambulância contratada (particular)
- ☐ Veículo próprio, pela família.
- ☐ Veículo próprio, pela parteira.
- ☐ Veículo da parteira.
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

92.

O acompanhante de escolha da mulher acompanha a transferência INTRAPARTO para o hospital? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

93.

Algum profissional da equipe acompanha a mulher durante a transferência INTRAPARTO? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Acompanha até a porta do hospital
- ☐ Acompanha sem dar assistência no atendimento dentro do hospital
- ☐ Acompanha e continua a assistência dentro do hospital
- ☐ Não acompanha
- ☐ Não sei informar

94.

De que forma é realizada a transferência PÓS-PARTO?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Samu
- ☐ Ambulância contratada (particular)
- ☐ Veículo próprio, pela família
- ☐ Veículo próprio, pela parteira
- ☐ Veículo da parteira
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

95. **Em caso de transferência materna pós-parto, o RN é encaminhado junto? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim e interna com a parturiente
- ☐ Sim. Mas não interna (fica como acompanhante)
- ☐ Não é encaminhado junto
- ☐ Não sei informar

96. **De que forma é realizada a transferência ao recém-nascido? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Samu
- ☐ Ambulância contratada (particular)
- ☐ Veículo próprio, pela família.
- ☐ Veículo próprio, pela parteira.
- ☐ Veículo da parteira.
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

97. **Em caso de uso de ambulância quanto tempo, em média, esta demora para chegar? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Até 10 minutos
- ☐ De 10 a 20 minutos
- ☐ De 20 a 30 minutos
- ☐ Acima de 30 minutos
- ☐ Não sei informar

98. **Algum profissional da equipe acompanha a mulher durante a transferência PÓS-PARTO na ambulância? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Acompanha até a porta do hospital
- ☐ Acompanha sem dar assistência no atendimento dentro do hospital
- ☐ Acompanha e continua a assistência dentro do hospital
- ☐ Não acompanha
- ☐ Não sei informar

99. **O acompanhante de escolha da mulher acompanha a transferência PÓS-PARTO para o hospital? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

100. **Algum profissional da equipe acompanha o RECÉM-NASCIDO durante a transferência? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Acompanha até a porta do hospital
- ☐ Acompanha sem dar assistência no atendimento dentro do hospital
- ☐ Acompanha e continua a assistência dentro do hospital
- ☐ Não acompanha
- ☐ Não sei informar

101.

A equipe tem relatório de transferência com os dados do atendimento para a equipe de transferência ou para o hospital? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim. Sempre é apresentado o relatório
- ☐ Sim. Mas nem sempre é apresentado o relatório
- ☐ Não é apresentado o relatório mas o caso é discutido verbalmente
- ☐ Não é apresentado o relatório e nem é discutido verbalmente
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

102. **Assinale os sinais e sintomas que indicam necessidade de transferência para sua equipe de PDP: ***

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Líquido amniótico de aspecto meconial
- ☐ Parada de progressão do TP
- ☐ Pico hipertensivo ou alterações de sinais vitais maternos
- ☐ FCF não tranquilizadora
- ☐ Hemorragia materna intra ou pós-parto
- ☐ Retenção placentária
- ☐ Alterações de sinais vitais maternos pós-parto
- ☐ Alteração de sinais vitais neonatais
- ☐ Desconforto respiratório do recém-nascido
- ☐ Alteração do exame físico geral do RN
- ☐ Laceração de difícil sutura
- ☐ Laceração grau $\frac{3}{4}$
- ☐ Hematoma perineal
- ☐ Pedido da gestante
- ☐ Pedido da família
- ☐ Nenhuma opção
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

Protocolos Assistenciais

103. **Os profissionais que prestam assistência ao RN são capacitados em Reanimação Neonatal pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)?** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim. Menos de 25% deles
☐ Sim. De 25 a 50% deles
☐ Sim. De 50 a 75% deles
☐ Sim. Mais de 75% deles
☐ Sim. Todos eles
☐ Não realizam
☐ Não sei informar

104. **Os profissionais que prestam assistência à mulher são capacitados pelo ALSO? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim. Menos de 25% deles
☐ Sim. De 25 a 50% deles
☐ Sim. De 50 a 75% deles
☐ Sim. Mais de 75% deles
☐ Sim. Todos eles
☐ Não
☐ Não sei informar

105. **Qual protocolo de bolsa rota é utilizado pela equipe para encaminhamento hospitalar? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Assim que romper
☐ 12h
☐ 18h
☐ 24h
☐ Acima de 24 horas
☐ A depender dos sinais de alerta
☐ Não sei informar
☐ Outro: _____

106. **A equipe mantém o atendimento de PDP para gestantes diabéticas controladas somente com dieta e atividade física?** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei informar

107. **A equipe mantém o atendimento de PDP para gestantes com estreptococos do grupo B positivo? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei informar

108. **Se o exame de estreptococos do grupo B é desconhecido, qual a conduta da equipe? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Segue no PDP
☐ Segue no PDP após esclarecimento e assinatura de um TCLE
☐ Encaminhamento para o hospital no início do trabalho de parto
☐ Encaminhamento para o hospital no ato da bolsa rota
☐ Encaminhamento para o hospital com 18h de bolsa rota
☐ Encaminhamento para o hospital com 24h de bolsa rota
☐ Não sei informar
☐ Outro: _____

109. **A equipe possui protocolos assistenciais, atualizados nos últimos 5 anos? (permite marcar mais de uma opção) ***

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Protocolo Clínico de assistência ao parto
☐ Indução natural
☐ Práticas integrativas
☐ Distócia de Ombros
☐ Hemorragia pós-parto
☐ Reanimação neonatal
☐ Transferência materna intraparto
☐ Transferência materna pós-parto
☐ Transferência do neonato
☐ Avaliação perineal e sutura perineal
☐ Uso da banheira
☐ Atendimento ao recém-nascido no nascimento
☐ Aleitamento materno
☐ Atendimento de recém-nascidos com icterícia
☐ Atendimento de recém-natos com hipoglicemia
☐ Não possui protocolos
☐ Não sei informar
☐ Outro: _____

110.

*

Como são disponibilizados? (permite mais de uma alternativa)

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Reunião
- ☐ Discussão
- ☐ Por escrito
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

Indicadores Assistenciais

111. **A equipe monitora rotineiramente dados de processo e resultado da assistência prestada às mulheres? Com que frequência?** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não monitora
- ☐ A cada atendimento
- ☐ Mensalmente
- ☐ Trimestralmente
- ☐ Semestralmente
- ☐ Anualmente
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

112. **A equipe monitora rotineiramente dados de satisfação das mulheres? Com que frequência?** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não monitora
- ☐ Mensalmente
- ☐ Trimestralmente
- ☐ Semestralmente
- ☐ Anualmente
- ☐ Não sei informar

113. **Caso os dados estejam disponíveis, por favor informe os motivos de transferências maternas INTRAPARTO que a equipe enfrentou:** *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Alteração de BCF
- ☐ Apresentação anômala
- ☐ Bolsa rota prolongada (18/24H)
- ☐ Líquido meconial
- ☐ Parada de progressão (definida por protocolo institucional)
- ☐ Pico hipertensivo ou alterações de sinais vitais
- ☐ Sangramento durante TP
- ☐ Solicitação materna
- ☐ Solicitação de analgesia
- ☐ Nunca transferiu
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

114. **Caso os dados estejam disponíveis, por favor informe os motivos de transferências maternas PÓS-PARTO que a equipe enfrentou:** *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Anemia devido a hemorragia pós-parto
- ☐ Hematoma perineal
- ☐ Hemorragia pós-parto
- ☐ Laceração de 3o ou 4o grau
- ☐ Laceração de colo uterino
- ☐ Pico hipertensivo ou alterações de sinais vitais
- ☐ Retenção placentária
- ☐ Suspeita de infecção
- ☐ Nunca transferiu
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

115. **Caso os dados estejam disponíveis, por favor informe os motivos de transferências NEONATAIS que a equipe enfrentou:** *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Apneia
- ☐ Arritmia cardíaca
- ☐ Ausência miccional (tempo estipulado de acordo com protocolo institucional)
- ☐ Convulsão
- ☐ Desconforto respiratório
- ☐ Febre
- ☐ Hipotermia
- ☐ Hipoglicemia
- ☐ Icterícia precoce
- ☐ Suspeita de infecção
- ☐ Suspeita de alterações congênitas
- ☐ Necessidade de reanimação
- ☐ Nunca transferiu
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

116. **Já ocorreu algum óbito materno na assistência ao PDP prestada pela equipe? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei informar

117. **Já ocorreu algum óbito materno na assistência prestada pela equipe APÓS A TRANSFERÊNCIA em ambiente hospitalar? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei informar

118. **Já ocorreu algum óbito neonatal na assistência ao PDP prestada pela equipe? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei informar

119. **Já ocorreu algum óbito neonatal na assistência prestada pela equipe APÓS A TRANSFERÊNCIA para o ambiente hospitalar? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei informar

120. **A equipe já vivenciou a internação de mulheres em UTI adulto no hospital de referência? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei informar

121. **A equipe já vivenciou a internação de RN em UTI neonatal no hospital de referência? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei informar

122. **A equipe já vivenciou a internação de mulheres para realização de transfusão sanguínea no hospital de referência?** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei informar

123. **Existe um banco de dados / livro com o registro de ocorrência para os casos de: (permite mais de uma alternativa)** *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Óbito da Mulher em Idade Fértil
☐ Óbito Materno
☐ Near miss
☐ Óbito Fetal
☐ Óbito Infantil
☐ Agravos de Notificação compulsória
☐ Não
☐ Não sei informar
☐ Outro: _____

Boas práticas

124. **A presença da doula é estimulada durante o acompanhamento da equipe?** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei informar

125. **A presença do acompanhante é estimulada durante o acompanhamento da equipe?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei informar

126. **O acompanhante é de livre escolha da mulher? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não, somente o pai do bebê ou companheiro/a
- ☐ Não, somente acompanhante feminino
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

127. **É possibilitada a presença de crianças durante o acompanhamento do parto? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

126. **O acompanhante é de livre escolha da mulher? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não, somente o pai do bebê ou companheiro/a
- ☐ Não, somente acompanhante feminino
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

127. **É possibilitada a presença de crianças durante o acompanhamento do parto? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

128. **As mulheres podem escolher qualquer posição para parir? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei informar

129.

A equipe possui equipamento que favorece o parto em posições verticalizadas? (permite mais de uma alternativa)

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Banqueta
☐ Cadeira de parto
☐ Corda/tecido suspenso
☐ Não
☐ Não sei informar
☐ Outro: _____

130.

A equipe utiliza algum mecanismo de controle da temperatura no ambiente onde ocorrem os nascimentos? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim. Em alguns
☐ Sim. Em todos
☐ Não
☐ Não sei informar

131. **A equipe utiliza algum mecanismo de controle da luminosidade no ambiente onde ocorrem os nascimentos? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim. Em alguns
☐ Sim. Em todos
☐ Não
☐ Não sei informar

132. **Existem protocolos para promover relaxamento da mulher no trabalho de parto? (permite mais de uma alternativa)** *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Uso de música
- ☐ Cromoterapia
- ☐ Massagem
- ☐ Não
- ☐ Não soube informar
- ☐ Outro: _____

133. **A equipe promove o contato pele a pele na primeira hora de vida? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim. Sempre
- ☐ Sim. Em situações de não urgência
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

Descarte e Desinfecção

134. **Onde você e/sua equipe descartam os lixos infectantes com material biológico e perfurocortantes utilizados no PDP? ***

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Lixo comum no domicílio
- ☐ UBS
- ☐ Instituição hospitalar
- ☐ Container na rua
- ☐ Lixo hospitalar contratado pela equipe
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

135. **Como é realizado o descarte da placenta? ***

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Descarte em lixo hospitalar
- ☐ Descarte através do plantio da placenta
- ☐ As famílias ficam com a placenta
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outro: _____

136. **A equipe possui protocolos de desinfecção de materiais? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

137. **Existe protocolo de limpeza e desinfecção das banheiras (e hidromassagens, se disponível)? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não, pois a banheira é adquirida por cada parturiente
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

Considerações finais

138.

Há alguma questão sobre a assistência ao PDP que não foi abordada e gostaria de comentar?

Obrigada pela sua participação!

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PREZADA _____

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “**MODELO DE ATENÇÃO AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO BRASIL**”, que será realizada na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos/UFSCar, sob responsabilidade da pesquisadora Ms. Thayná Caixeiro Queiroz juntamente com a orientadora Prof. Dra. Jamile Claro de Castro Bussadori. Antes de realizar o preenchimento dos questionários, você deverá ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido até o fim.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visa assegurar seus direitos como participante, deve ser salvo em local seguro e de fácil acesso para uso futuro, ou deve ser impresso e guardado. Por favor, leia com atenção e calma, buscando entender completamente a proposta da pesquisa. Se tiver dúvidas sobre qualquer ponto da pesquisa ou de sua participação, antes ou mesmo depois de concordar em ser participante da pesquisa, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora da equipe Thayná Caixeiro Queiroz pelos meios de contato descritos neste Termo. Se preferir, você pode consultar seus familiares e/ou outras pessoas antes de decidir participar.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor irá (a) decidir se deseja participar e preencher o questionário, se deseja desistir da participação durante o preenchimento do questionário ou após o preenchimento, e poderá retirar seu consentimento sem nenhuma penalização ou prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O(a) senhor(a) ao clicar em "Aceito participar da pesquisa" irá: 1. Eletronicamente aceitar participar da pesquisa, o que corresponderá à assinatura deste termo (TCLE), o qual poderá ser impresso ou solicitado ao pesquisador via endereço de Email fornecido, se assim o desejar. 2. Responder ao questionário on-line que terá tempo gasto para seu preenchimento em torno de 30 minutos. Caso não concorde, basta fechar a página do navegador.

Este estudo pretende analisar o modelo de atenção prestado pelas equipes de parto domiciliar planejado no Brasil e caracterizar esse modelo em relação aos recursos humanos e materiais, protocolos de cuidado e indicadores de boas práticas no parto. Além disso, haverá

posteriormente um novo contato para coleta de dados de outro módulo da pesquisa, de caráter qualitativo. Serão analisadas as experiências das equipes de parto domiciliar planejado frente a uma situação de transferência hospitalar.

Sua participação no estudo consistirá em responder um formulário online criado na plataforma Google Forms. O questionário é composto por questões no idioma português, que compreendem aspectos a respeito do modelo de atenção prestado pelas equipes de parto domiciliar planejado no Brasil e caracterização desse modelo em relação aos recursos humanos e materiais, protocolos de cuidado e indicadores de boas práticas no parto. Pode participar deste estudo, enfermeira obstetra ou obstetriz que possua atuação em PDP acima de 6 meses ou realizou pelo menos 1 assistência nos últimos 30 dias. Você não deve participar se está inativo a mais de 1 ano. Após o preenchimento do formulário, a sua participação poderá ser estendida para a coleta de dados qualitativos através de entrevistas por meio de chamadas de vídeo. Estas serão gravadas e transcritas para posteriormente serem analisadas.

A sua colaboração nesta pesquisa terá o benefício indireto relacionado à promoção e melhoria da atenção à saúde materno-infantil no Brasil. Considerando que a literatura nacional a respeito da assistência ao parto domiciliar planejado ainda se apresenta escassa. Acredita-se que este estudo venha contribuir fornecendo subsídios para reflexões sobre o modelo de assistência de partos domiciliares e permitir uma sustentação para futuras iniciativas no âmbito das políticas de saúde a fim de melhorar a qualidade desse tipo de assistência

Os dados e informações obtidos durante esta pesquisa serão armazenados pelo período de cinco (5) anos. Após este período, a plataforma onde os dados estão armazenados será excluída, e os dados serão apagados.

Dados de pesquisa são todas as informações geradas ou obtidas na investigação científica, independente do seu formato. Eles fornecem a informação necessária para reproduzir uma pesquisa, se complementados com a documentação associada. Os dados de pesquisa incluem gravações de áudio e vídeo, questionários, códigos computacionais, fotografias e planilhas, entre outros. O RI UFSCar é a ferramenta oficial da Universidade para o depósito, organização, disseminação e preservação de todos os dados digitais de pesquisa aqui produzidos. Os dados depositados no RI UFSCar recebem um identificador DOI e são indexados no Google Scholar, permitindo o livre acesso dos participantes.

Os dados dessa pesquisa serão analisados para embasar a Tese de Doutorado desenvolvida pela pesquisadora Thayná Caixeiro Queiroz, juntamente com a Prof. Dra. Jamile Claro de Castro Bussadori, publicados em periódicos científicos e apresentados em eventos científicos da área, sendo também disponibilizados no Repositório Institucional UFSCar (RI UFSCar) da Universidade Federal de São Carlos/UFSCar.

Devido a necessidade do uso de uma conexão de internet para responder a pesquisa, salientamos que há uma limitação por parte das pesquisadoras em assegurar total confidencialidade das informações, em decorrência do potencial risco de violação do ambiente virtual, no entanto faremos de tudo para protegê-los.

Não são identificados benefícios diretos aos profissionais que participarem da pesquisa. Entretanto, ao contribuir com esse estudo, há benefícios indiretos relacionados à construção de conhecimento científico para toda a sociedade, com possibilidade de delineamento de estratégias para melhoria do arcabouço científico a respeito da temática em território nacional.

Haverá a disponibilização de e-mail para contato, caso haja alguma dúvida antes, durante ou após a participação no estudo. Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Thayná Caixeiro Queiroz no e-mail thaynacq@estudante.ufscar.br

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar, que tem o papel de avaliar e acompanhar os aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, protegendo o(a)s participantes em seus direitos e dignidade. Em caso de dúvidas, denúncias ou reclamações sobre aspectos éticos de sua participação e sobre seus direitos como participante da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, localizada no prédio da Reitoria (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rod. Washington Luís km 235 - SP-310 - São Carlos - CEP 13.565-905 através do e-mail: cephumanos@ufscar.br ou telefone: (16) 3351-9685.

O CEP está vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as

pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877. E-mail: conep@saude.gov.br.

Você será informado(a) e esclarecido(a) sobre os aspectos relevantes da pesquisa, antes, durante e depois da pesquisa, mesmo se esta informação causar sua recusa na participação ou sua saída da pesquisa. Caso desista de participar durante o preenchimento do questionário e antes de finalizá-lo, os seus dados não serão gravados, enviados e nem recebidos pelo pesquisador e serão apagados ao se fechar a página do navegador. Caso tenha finalizado o preenchimento e enviado suas respostas do questionário e após decida desistir da participação deverá informar o pesquisador desta decisão e este descartará os seus dados recebidos sem nenhuma penalização. Você poderá imprimir uma via deste termo, ou se desejar, o pesquisador poderá encaminhar uma via assinada por Email ou da maneira como preferir.

Nos casos em que não for possível a identificação do questionário do participante, haverá a impossibilidade de exclusão dos dados da pesquisa durante o processo de registro/consentimento. Salientamos o compromisso das pesquisadoras de divulgar os resultados da pesquisa, em formato acessível aos participantes da pesquisa.

Você tem garantia que sua identidade será mantida em sigilo, e dados e/ou informações identificadas ou identificáveis não serão fornecidos a pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados deste estudo, informações que possam identificá-lo(a) não serão mostradas ou publicadas. Em função da natureza digital desta pesquisa, não é possível garantir segurança ou sigilo absoluto dos dados, mas todo cuidado será tomado pelos pesquisadores para garantir o sigilo de seus dados.

Você não terá qualquer despesa para participar desta pesquisa. Caso tenha gastos para participar desta pesquisa fora da sua rotina você será ressarcido integralmente de suas despesas.

Você tem direito de buscar indenização e reparação de danos se sentir prejudicado(a) pela participação nesta pesquisa, mesmo se já tiver concordado em participar da pesquisa e assinado TCLE. Esta pesquisa não conta com previsão de indenização ou de medidas de reparo, pois não prevê risco de dano aos participantes da pesquisa. Entretanto, se ocorrerem danos ou prejuízos causados pela participação na pesquisa, o participante terá direito a reparação/indenização.

Você receberá assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, em caso de danos decorrentes da participação nesta pesquisa.

Asseguro ter cumprido as exigências da Resolução CNS/MS 466/2012, CNS/MS 510/2016 e complementares na elaboração do protocolo desta pesquisa e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter lido, explicado e fornecido este documento ao participante da pesquisa. Informo que este estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo (a)participante.

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e desconfortos que esta pode acarretar, aceito participar.

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM AS MIDWIVES DO REINO UNIDO

1. Estrutura do Modelo de Atenção

Como o PDP está organizado na Inglaterra?

Quais locais oferecem esse tipo de serviço (centros de parto, hospitais, equipes comunitárias, equipes individuais)?

Como as mulheres têm acesso ao PDP? (via NHS, indicação médica, escolha direta, encaminhamento?)

2. Recursos Humanos e Materiais

Qual é a composição das equipes que atendem ao PDP? (midwives, auxiliares, outros profissionais?)

Há número mínimo de profissionais por atendimento?

Quais são os principais materiais e equipamentos disponíveis no domicílio?

3. Protocolos de Cuidado

Quais critérios de elegibilidade são adotados para seleção das gestantes?

Quais procedimentos são utilizados para monitoramento materno e fetal durante o trabalho de parto? (protocolos, guias, manuais)

Como são conduzidas situações de emergência?

Quais são os critérios e fluxos estabelecidos para transferência hospitalar?

4. Indicadores de Boas Práticas

Existem dados sistematizados sobre taxas de intervenções no PDP? (episiotomia, ocitocina, cesariana após transferência, etc.)

Há monitoramento dos índices de satisfação das mulheres?

Esses indicadores são discutidos e reportados ao NHS ou a outras instâncias regulatórias?

5. Experiências com Transferências Hospitalares

Quais são os principais desafios enfrentados durante o processo de transferência?

Como ocorre a comunicação e a colaboração entre as equipes do PDP e as equipes hospitalares?

Existe articulação prévia com hospitais de referência?

6. Formação e Capacitação Profissional

Quais treinamentos e atualizações as parteiras recebem para atuar no PDP?

Com que frequência ocorrem esses treinamentos?

7. Percepções sobre o PDP

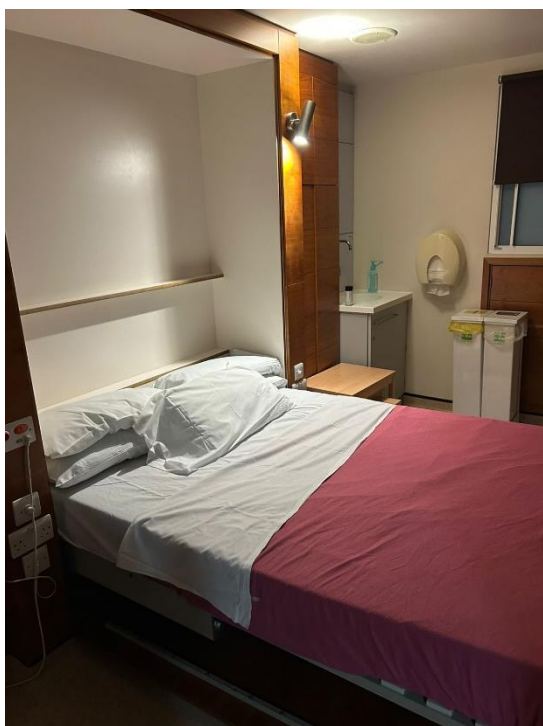
Quais são os maiores desafios enfrentados pelas profissionais que atuam nesse modelo?

Como avalia o impacto do PDP na saúde materna e neonatal?

Quais benefícios e limitações você identifica nesse modelo de atenção?

Como você se sente pessoalmente prestando assistência em partos domiciliares planejados?

APÊNDICE D – IMAGENS DAS CASAS DE PARTO DO REINO UNIDO E MATERIAIS
DE PDP



APÊNDICE E – CONVITE PARA VALIDAÇÃO TÉCNICA DA DIRETRIZ NACIONAL SOBRE PDP

Convite para Validação Técnica da Diretriz Nacional sobre PDP

Prezada(o) [Nome da profissional],

Espero que esta mensagem te encontre bem.

Meu nome é Thayná Queiroz, sou estudante de doutorado da Universidade Federal de São Carlos e estou coordenando a elaboração da Diretriz Nacional para a Assistência ao Parto Domiciliar Planejado (PDP), que tem como objetivo oferecer subsídios técnicos e práticos para a atuação de enfermeiras obstetras e obstetrizes no Brasil, com base em evidências científicas e experiências internacionais adaptadas à nossa realidade.

Estamos na etapa final de construção da diretriz e gostaríamos de convidá-la(o) a participar do processo de validação técnica, contribuindo com sua experiência e visão profissional por meio da leitura da diretriz e preenchimento de um breve formulário de avaliação.

Informações importantes:

- Tempo estimado: cerca de 30 minutos para leitura e preenchimento
- Prazo para envio das respostas: 30 dias
- Forma de participação: leitura do documento e preenchimento de formulário online
- Finalidade: coletar impressões sobre clareza, aplicabilidade e consistência das recomendações

Sua contribuição será de grande importância para garantir a qualidade e aplicabilidade dessa diretriz em diferentes contextos do país. A participação é voluntária, e as respostas serão analisadas de forma ética e confidencial.

Se aceitar participar, por gentileza, confirme seu interesse respondendo a este e-mail. Em seguida, enviaremos o material completo com instruções e o link para o formulário de avaliação.

Desde já, agradeço imensamente pela atenção e disponibilidade!

Atenciosamente, Thayná Caixeiro Queiroz

APÊNDICE F – FORMULÁRIO DE VALIDAÇÃO TÉCNICA DA DIRETRIZ NACIONAL
PARA ASSISTÊNCIA AO PDP

Formulário de Validação Técnica da Diretriz Nacional para Assistência ao PDP

Bloco 1 - Identificação do Respondente

1. Nome completo: _____
2. E-mail de contato: _____
3. Estado onde atua: _____
4. Profissão: _____
5. Tempo de experiência com Parto Domiciliar Planejado:

() Menos de 3 anos () 3 a 5 anos () 6 a 10 anos () Mais de 10 anos

Bloco 2 - Avaliação da Diretriz (Escala Likert: 1 a 5)

Instrução: Para cada item abaixo, avalie de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente).

- [] 1. A diretriz está clara e de fácil compreensão.
- [] 2. As recomendações apresentadas são relevantes e aplicáveis à prática.
- [] 3. A estrutura do documento está bem organizada e facilita a leitura.
- [] 4. As recomendações refletem a realidade da assistência ao PDP no Brasil.
- [] 5. A linguagem é adequada para o público-alvo (enfermeiras obstetras/obstetrizes).
- [] 6. A diretriz tem potencial para contribuir com a padronização da prática profissional.
- [] 7. O conteúdo está respaldado por evidências científicas e experiência prática.

Bloco 3 - Comentários e sugestões

1. Você gostaria de sugerir alguma modificação ou acréscimo?

2. Deseja indicar pontos que geraram dúvidas ou que necessitam de maior clareza?

3. Deseja inserir alguma observação geral sobre a diretriz?

Bloco 4 - Consentimento

1. Você autoriza que sua contribuição seja considerada no processo de validação técnica da diretriz,

podendo ser citada de forma anônima em relatórios?

() Sim () Não

APÊNDICE G – RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO DOUTORADO SANDUÍCHE NO REINO UNIDO

Relatório de Atividades – Doutorado Sanduíche no Reino Unido (CAPES/PDSE)

Nome: Thayná Caixeiro Queiroz

Instituição de origem: Universidade Federal de São Carlos - UFSCar
Instituição no exterior: City, University of London

Período de realização: novembro de 2024 a abril de 2025

Objetivo do Estágio Doutoral

O principal objetivo do meu estágio doutoral no Reino Unido foi conhecer os modelos de assistência ao parto domiciliar do sistema britânico. Essa vivência visou subsidiar a construção de uma Diretriz Nacional para o Parto Domiciliar Planejado (PDP) no Brasil e a estruturação da Rede Brasileira de Parto Domiciliar - Nascer em Casa, com base em modelos consolidados como o Reino Unido.

Atividades Desenvolvidas

1. Entrevistas com Parteiras (Midwives)

Realizei entrevistas com 8 parteiras atuantes no Reino Unido. As entrevistas abordaram:

- Modelos de organização do PDP no NHS.
- Protocolos clínicos utilizados (evidências, segurança, elegibilidade, emergências).
- Experiências com transferências hospitalares.
- Indicadores de boas práticas e avaliação de qualidade.
- Formação profissional e desafios da prática autônoma da parteira.

2. Visitas Técnicas

- Dois Centros de Parto foram visitados, possibilitando uma compreensão profunda da infraestrutura, organização dos serviços e protocolos utilizados.
- As visitas foram acompanhadas por parteiras locais e permitiram o contato direto com os documentos utilizados e as rotinas assistenciais.

3. Eventos Acadêmicos e Científicos

- Participação em dois eventos do MUSA (Midwifery Unit Standards Association): um em York e outro em Londres, que discutiram experiências regionais, boas práticas e inovação no cuidado liderado por parteiras.
- Acesso negado: Restrição ao parto domiciliar no Reino Unido
- Maternity & Midwifery Festival 2025 em Londres

- WHO Nursing and Midwifery Global Community of Practice - Live Learning Webinars -Transição para modelos de assistência obstétrica
- Pregnancy Circles facilitations Workshop
- Global Maternal Health Implementation & Improvement Symposium (In-person)
- A gravidez, o parto e o pós-parto – Parte 2

4. Vivência Acadêmica na City, University of London

- Participação em disciplinas de mestrado e doutorado sobre métodos de pesquisa, saúde global materna e organização de serviços.
- Participação em diversos seminários cujo temas foram:
 - Aborto seguro, saúde mental perinatal, círculos de cuidado, mudança climática e saúde materna, implementação de políticas de saúde e síndrome do impostor.
- Participação semanal nas reuniões da EMUA (European Midwifery Unit Accreditation), incluindo encontros presenciais e online, com foco na construção de um modelo europeu de acreditação para casas de parto.
- Participação em grupo de pesquisa e em reunião institucional sobre marketing, planejamento de cursos e extensão.
- Curso do círculo de cuidado - Pregnancy Circles facilitations Workshop

5. Produção Acadêmica

- Desenvolvimento de uma revisão de escopo sobre Parto Domiciliar Planejado, já submetida a congresso internacional e em finalização para submissão em revista internacional contando com a participação da supervisora local.
- Apresentação de proposta de protocolo para comissão técnica no Brasil.
- Tradução e sistematização das entrevistas realizadas com parteiras britânicas.
- Discussão com a supervisora local e com a orientadora brasileira para alinhamento do projeto e integração entre os dados coletados no Reino Unido e a realidade brasileira.

Impacto no Projeto de Doutorado e Trajetória Profissional

O estágio doutoral proporcionou uma imersão em um modelo de atenção consolidado, baseado na autonomia das parteiras e no cuidado centrado na mulher. Os conhecimentos adquiridos foram fundamentais para:

- Refinar o desenho metodológico da minha pesquisa.
- Desenvolver uma diretriz nacional de parto domiciliar planejado, adaptada ao contexto brasileiro.

- Iniciar a construção da Rede Brasileira de Parto Domiciliar – Nascer em Casa, promovendo articulações nacionais e internacionais.
- Ampliar as possibilidades de formação profissional e qualificação das práticas assistenciais no Brasil.

Considerações Finais

A experiência no Reino Unido foi transformadora e pôde trazer contribuições práticas e teóricas para minha carreira além de contribuir para a consolidação de um modelo brasileiro de assistência ao parto domiciliar planejado, com foco em segurança, qualidade e respeito aos direitos das mulheres.

APÊNDICE H – PÔSTER APRESENTADO NA CONFERÊNCIA DE PESQUISA SOBRE TRABALHO DE PARTO E NASCIMENTO DO REINO UNIDO



Background

In Brazil, 99.3% of births occur in hospitals. PHB promotes autonomy and respects physiological childbirth, as seen in countries like England, Canada, and the Netherlands. However, Brazil lacks regulation, standards, guidelines, and protocols for PHB.

How has the model of planned home birth care in Brazil been developed by nurse midwives and midwives?



Aim

To map the scientific literature on the planned home birth (PHB) model of care assisted by nurse-midwives and midwives in Brazil.

MODEL OF PLANNED HOMEBIRTH CARE IN BRAZIL: A SCOPING REVIEW

Queiroz, TC; Bussadori, JCC, SILVA, PG; Girão, FB; Cerqueira ACG; Leister N; McCourt C.



Methods

Scoping review conducted according to the JBI framework, following the PRISMA-ScR guidelines.

Databases/portals: BVS, PubMed, PubMed PMC, CINAHL, Cochrane, Scopus, Web of Science, EMBASE, Brazilian Theses & Dissertations repositories.

P	C	C
Nurse-midwives and midwives	Model of childbirth care	Home births in Brazil

Timeframe: January–February 2024, updated December 2024.

Findings and Discussion

- 13 studies included (2012–2023)
- Involving 124 nurse-midwives and 1 midwife

Categories: care processes, human resources, materials, protocols, good practice indicators and professional experience.

PHB in Brazil:

- At least two professionals attending.
- Restrictive eligibility criteria.
- Planned care pathways.
- Non-pharmacological pain relief commonly used.

Challenges:

- Lack of official guidelines.
- Limited access to supplies.
- Weak integration with hospitals, affecting safety.

Conclusion

Recognition of nurse-midwives' and midwives' autonomy is crucial for PHB in Brazil.

Investments are needed in:

- Development of national standards and guidelines.
- Access to resources and essential supplies.
- Integration of PHB into the healthcare system through supportive public policies.

APÊNDICE I – PÔSTER A SER APRESENTADO NO SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO EM NOVEMBRO



**Simpósio Internacional
de Assistência ao Parto**

E-Pôster

PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO BRASIL: PANORAMA DA ASSISTÊNCIA PRESTADA POR ENFERMEIRAS OBSTETRAS E OBSTETRIZES

Queiroz, Thayná Caixeiro¹; Silva, Pollyana Garcia¹; Bussadori, Jamile Claro de Castro¹; Sanfelice, Clara Frôes de Oliveira²; D'avila, Luciane da Silva³

Introdução



- A segurança do PDP depende de critérios de elegibilidade, planejamento prévio, recursos adequados e equipes qualificadas.

- Ainda há limitada sistematização sobre a organização e a prática desse modelo no país.

Como as equipes brasileiras organizam o cuidado no Parto Domiciliar Planejado?

Metodologia



Desenho do estudo

Observacional, transversal, descritivo e exploratório, de abordagem quantitativa.



Identificação das equipes

Busca ativa em redes sociais e apoio da ABENFO Nacional.



Questionário virtual

Instrumento autoaplicável, adaptado ao contexto domiciliar e validado por especialistas.



Análise descritiva

Perfil profissional, organização, recursos, protocolos e práticas clínicas.



Período de coleta

**Nov. de 2024
a Fev. 2025**



Amostra

**90
equipes**

Resultados

Organização nacional

- Maior concentração na região Sudeste
 - Composta predominantemente por enfermeiras obstetras.
- Experiência >5 anos

Boas práticas difundidas

- Continuidade do cuidado
- Critérios de elegibilidade
- Protocolos
- Condutas baseadas em evidências.

Cuidado materno e neonatal

- Monitoramento materno-fetal
- Cuidados imediatos ao recém-nascido.
- Vigilância ativa no pós-parto

Desafios persistentes

- Acesso a insumos medicamentosos
- Fragilidade na articulação com a rede hospitalar
- Práticas não recomendadas no PDP

Conclusão



Qualificação técnica



Continuidade do cuidado



Desafios estruturais



Integração com a rede

O modelo brasileiro de assistência ao PDP apresenta qualificação técnica e adesão a boas práticas, mas ainda necessita de maior integração estrutural e organizacional para ampliar o acesso seguro.

DESCRIÇÕES: Enfermeira Obstetra; Tocologia; Gravidez; Modelo de Atenção; Parto Domiciliar; Brasil.

Universidade Federal de São Carlos¹ • Universidade Estadual de Campinas² • Universidade Federal de Santa Catarina³
E-mail: thaynaca@estudante.ufscar.br

Referências

- 1- Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth compared with planned home birth for pregnant women at low risk of complications. Cochrane Database Syst Rev. 2023;(7):CD000352. doi:10.1002/14651858.CD000352.pub3. 2- Queiroz TC, Bussadori JCC, Silva PG, Girão FB, Cerqueira ACG, Leister N, et al. Model of planned home birth care in Brazil: a scoping review. Midwifery. 2026;158:104813. doi:10.1016/j.midw.2026.104813. 3- Webler N, Almeida LCG, Carneiro JB, Campos LM, Glaeser TA, Couto TM, et al. Professional autonomy in dealing with complications: discourse of obstetric nurses working in planned home births. Rev Bras Enferm. 2023;76(2):e20220388. doi:10.1590/0034-7167-2022-0388. 4- World Health Organization. Transitioning to midwifery models of care: global position paper. Geneva: WHO; 2024.

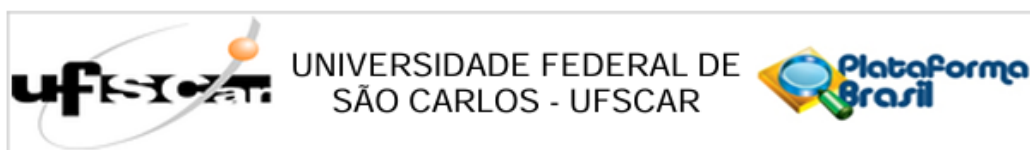


SIAPARTO SALVADOR



10. ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: MODELO DE ATENÇÃO AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO BRASIL

Pesquisador: THAYNA CAIXEIRO QUEIROZ

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 75498123.7.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Humanas e Biológicas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.268.478

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa e do Projeto Detalhado: RESUMO, HIPÓTESE, METODOLOGIA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO. Introdução: Apesar dos avanços científicos e das tecnologias empregadas no ciclo gravídico-puerperal, a assistência ao parto e nascimento no Brasil apresenta uma realidade preocupante. Segundo estudos, a utilização de tecnologias de forma inadequada aumenta riscos e desfechos negativos tanto maternos quanto perinatais. No contexto atual, o modelo obstétrico que visa o resgate do processo fisiológico e da centralização na mulher, questiona essa obstetrícia imposta. Nesse novo modelo, inclui-se a prática dos partos domiciliares, com objetivo de retorno ao protagonismo da mulher, promoção dos partos saudáveis e utilização de intervenções somente quando necessárias e consideradas benéficas (WHO, 2022; SANFELICE, SHIMO et al., 2015). Ao longo do processo histórico, o nascimento sofreu um acelerado processo de hospitalização. A apropriação da medicina sobre o saber popular feminino, no conhecimento empírico das parteiras, fez com que o parto passasse a ser dominado por práticas tecnológicas e intervencionistas ligado a visão de melhoria no conceito de riscos e segurança. As parteiras e enfermeiras obstetras passaram a ser afastadas do cenário de parto, juntamente com isso, as práticas trouxeram uma visão patológica com necessidades de intervenção para a redução de danos e garantia de um bom desfecho (SOUSA, ASSIS, BEZERRA et al., 2018; VALINHO,

uma "EMENDA".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_237664_1_E1.pdf	29/08/2024 20:44:27		Aceito
Outros	CARTA_EMENDA_03.pdf	29/08/2024 20:42:22	THAYNA CAIXEIRO QUEIROZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	EMENDA_Projeto_Detalhado_3.pdf	29/08/2024 20:40:58	THAYNA CAIXEIRO QUEIROZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	EMENDA_TCLE_CEP_03.pdf	29/08/2024 20:40:15	THAYNA CAIXEIRO QUEIROZ	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_Thaynacq.pdf	15/02/2024 13:34:22	THAYNA CAIXEIRO QUEIROZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_02.pdf	15/02/2024 13:34:09	THAYNA CAIXEIRO QUEIROZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_2.pdf	15/02/2024 13:33:59	THAYNA CAIXEIRO QUEIROZ	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_Thaynacq.docx	06/02/2024 10:28:26	THAYNA CAIXEIRO QUEIROZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_02.docx	05/02/2024 17:00:22	THAYNA CAIXEIRO QUEIROZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_2.docx	05/02/2024 16:59:40	THAYNA CAIXEIRO QUEIROZ	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_cep.pdf	31/10/2023 22:36:22	THAYNA CAIXEIRO QUEIROZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA



**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS
ABENFO NACIONAL**

OFÍCIO Nº 46/2025/DIR

Itajaí, 13 de novembro de 2025.

À Sra. Pollyanna Garcia Silva
Mestranda em Enfermagem – PPGEnf/UFSCar

Sra. Thayná Caixeiro Queiroz
Doutoranda em Enfermagem – PPGEnf/UFSCar

Assunto: Atendimento à solicitação de informações sobre equipes de assistência ao Parto Domiciliar Planejado (PDP) no Brasil

Prezadas pesquisadoras,

Em atenção à correspondência encaminhada referente ao pedido de informações sobre as equipes de assistência ao Parto Domiciliar Planejado (PDP) no Brasil, a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO Nacional) vem, por meio desta, conceder as informações disponíveis em seus registros atualizados até a presente data.

De acordo com o levantamento institucional, foram identificadas:

1. Cento e vinte e uma (121) equipes de assistência ao PDP em atividade no território nacional;
2. A relação nominal dessas equipes constando a distribuição geográfica por regiões já foi disponibilizada às pesquisadoras em document word extraído do drive da Diretoria Nacional da ABENFO.

Cordialmente,

Luciane da Silva d'Avila

Presidente da ABENFO Nacional



Contents lists available at ScienceDirect

Midwifery

journal homepage: www.elsevier.com/locate/midw

Review Article

Model of planned home birth care in Brazil: A scoping review



Thayná C. Queiroz^{a,*}, Jamile C.C. Bussadori^a, Pollyana G. Silva^a, Fernanda B. Girão^a,
Ana Clara G. Cerqueira^b, Nathalie Leister^b, Christine McCourt^c

^a Universidade Federal de São Carlos, Rodovia Washington Luís, km 235, São Carlos - SP, 13565-905, Brazil

^b Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César, São Paulo/SP 05403-000, Brazil

^c City St George's, University of London, Northampton Square, London EC1V 0HB, United Kingdom

ARTICLE INFO

Keywords:

Nurse midwives
Healthcare models
Midwifery
Home childbirth
Brazil

ABSTRACT

Problem: Unlike England, Canada, and the Netherlands, where home birth is regulated and integrated into public health care, Brazil still lacks formal regulation, clinical standards, and national guidelines for planned home birth.

Background: In Brazil, 99.3% of births occur in hospitals. Planned home birth with nurse-midwives and midwives has grown as an alternative, promoting professional autonomy and respecting physiological processes. International evidence supports its safety, but it remains outside the formal health system.

Aim: To map the scientific literature on planned home birth care provided by nurse-midwives and midwives in Brazil.

Method: A scoping review was conducted in accordance with the JBI Reviewer's Manual. Searches were carried out between January and February 2024 and updated in December 2024. Databases and repositories included BVS, PubMed, CINAHL, Cochrane Library, Scopus, Web of Science, EMBASE and national thesis repositories. The inclusion criteria were population, nurse-midwives and midwives; concept, childbirth care model; context, planned home births in Brazil.

Findings: Thirteen studies published between 2012 and 2023 were included, involving 124 nurse-midwives and one midwife. Findings were grouped into categories: care process, team composition, materials, protocols, good practice indicators, evaluation indicators, and professional experience.

Discussion: While planned home birth is expanding in Brazil, barriers remain, including absence of national protocols, difficulty accessing supplies, and poor integration with hospital services.

Conclusion: The autonomy, integration and expertise of nurse-midwives and midwives are central to safe planned home births. National policies and standardised guidelines are needed in Brazil to strengthen this model of care and ensure safety, legitimacy, and sustainability.

STATEMENT OF SIGNIFICANCE

Problem	In Brazil, planned home birth attended by nurse-midwives and midwives remains outside the public health system and lacks formal integration with referral and transfer services.
What is already known	Planned home birth in Brazil has expanded through private midwife-led teams, but evidence on how care is organised, practiced and monitored remains fragmented across small studies.
What this article adds	This scoping review shows that planned home birth in Brazil is delivered through a midwife-led, continuity-based model that uses eligibility criteria and evidence-based physiological birth practices, but operates without standardised national protocols.

(continued on next column)

(continued)

formal quality indicators, or integrated referral pathways with hospital services.

Introduction

Childbirth care has undergone progressive medicalisation throughout the 20th century, shifting from a social model (home based, midwife led) to a technocratic, hospital centred paradigm. This transition removed women's control over childbirth, transforming a

* Corresponding author at: Rua Marcellino Ferreira, 97, Bairro Residencial Portal Água Branca, Cep 13.426-184, Piracicaba/ São Paulo.

E-mail address: thaynacq@estudante.ufscar.br (T.C. Queiroz).

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2026.104813>

Received 30 June 2025; Received in revised form 7 April 2026; Accepted 8 April 2026

Available online 9 April 2026

0266-6138/© 2026 The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

ANEXO D – ARTIGO SUBMETIDO – ETAPA 2

Revista da Escola de Enfermagem da USP



Parto domiciliar planejado no Brasil: panorama da assistência prestada por enfermeiras obstetras e obstetrizes

Journal:	<i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i>
Manuscript ID	REEUSP-2026-0359
Manuscript Type:	Original Article
Descriptors - Please find your keywords from the following lists http://decs.bvs.br/ and http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh.: Enfermeira Obstetra, Tocologia, Gravidez, Modelo de atenção, Parto Domiciliar, Brasil	



ANEXO E – RECEBIMENTO DA DIRETRIZ PELA ABENFO



**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS
ABENFO NACIONAL**

DECLARAÇÃO

A Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstetras – ABENFO declara, para os devidos fins, que recebeu, para apreciação institucional, o documento intitulado **"DIRETRIZ NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO POR ENFERMEIRAS OBSTETRAS E OBSTETRIZES"**, de autoria de **Thayná Caixeiro Queiroz**, desenvolvido no âmbito de seu doutorado na Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, sob orientação da **Profa. Dra. Jamile Claro de Castro Bussadori**.

O documento tem como finalidade sistematizar recomendações técnico-científicas para a assistência ao Parto Domiciliar Planejado no Brasil, fundamentando-se em evidências científicas nacionais e internacionais, bem como na realidade assistencial brasileira.

Sua construção foi conduzida por meio de percurso metodológico colaborativo, com participação de enfermeiras obstetras e obstetras de diferentes regiões do país, configurando-se como produção científica vinculada à trajetória acadêmica da autora.

A presente declaração é emitida para fins comprobatórios, especialmente para composição de documentação referente à produção científica em processo de avaliação acadêmica e/ou institucional.

Itajaí, 19 de maio de 2026.

Luciane d'Avila
Presidente – ABENFO
Nacional Coren-SC 73795