



A assistência puerperal prestada por enfermeiras obstétricas e obstetrizes no parto domiciliar planejado

Puerperal care provided by nurses midwives in planned home births

Atención puerperal por enfermeras obstétricas en partos domiciliarios planificados

Mariana Vitor Peppe¹, Ludmila de Oliveira Ruela¹⁻², Beatriz Boleta Fernandes¹, Juliana Stefanello¹.

RESUMO

Objetivo: Compreender a assistência prestada por enfermeiras obstétricas e obstetrizes no período puerperal do parto domiciliar planejado. **Métodos:** Estudo de abordagem qualitativa, realizado com doze enfermeiras obstétricas e obstetrizes que atuavam na assistência ao parto domiciliar planejado em diferentes regiões do estado de São Paulo. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, utilizando o *software Skype®*, sendo gravadas e transcritas na íntegra, a análise foi realizada sob o método de interpretação dos sentidos. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** A partir das análises, emergiram quatro categorias: 1) O início do puerpério; 2) O cuidado com o recém-nascido; 3) Acompanhamento puerperal domiciliar e 4) Burocracias assistenciais enfrentadas pelas enfermeiras obstétricas e obstetrizes. **Considerações Finais:** A assistência puerperal proporcionada foi integral e individualizada, pautada nas melhores recomendações nacionais e internacionais, o que garantiu uma continuidade da assistência de acordo com as necessidades e subjetividade de cada mulher.

Palavras-chave: Período pós-parto, Parto domiciliar, Parto humanizado, Enfermagem obstétrica, Parto normal.

ABSTRACT

Objective: To understand the obstetrical assistance provided by nurses midwives in the postpartum period in planned home births. **Methods:** This is a qualitative study, with information collected with twelve nurse midwives who worked in planned home births in different regions of the state of São Paulo. Data were collected through semi-structured interviews, using the *Skype®*, a software that make virtual video sessions. The interviews were recorded and all transcribed, and the analysis was performed under the method of interpretation of the senses. The study was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** From the analyses, four categories were determined 1) The initial phase of the postpartum period 2) Newborn care; 3) Follow-up postpartum care 4) Bureaucratics activities faced by nurses midwives. **Conclusion:** The postpartum care provided was comprehensive and individualized, based on the best practice, considering national and international recommendations, which ensured continuity of care according to the needs and subjectivity of each woman.

Keywords: Postpartum period, Home childbirth, Humanizing delivery, Obstetric nursing, Natural childbirth.

¹ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (EERP-USP), Ribeirão Preto - SP.

² Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), Lavras - MG.

RESUMEN

Objetivo: Comprender la asistencia prestada por enfermeras obstétricas y parteras en el período puerperal de partos domiciliarios planificados. **Métodos:** Estudio con abordaje cualitativo, realizado con doce enfermeras obstétricas que actuaban en la asistencia al parto domiciliario planificado en diferentes regiones del estado de São Paulo. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas, utilizando el software Skype®, siendo grabados y transcritos en su totalidad. El análisis fue realizado utilizando el método de interpretación de los sentidos. El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación. **Resultados:** De los análisis surgieron cuatro categorías: 1) El inicio del puerperio; 2) Atención al recién nacido; 3) Seguimiento puerperal domiciliario y 4) Burocracias asistenciales que enfrentan las enfermeras obstétricas. **Conclusión:** La atención puerperal brindada fue integral e individualizada, basada en las mejores recomendaciones nacionales e internacionales, lo que aseguró la continuidad de la atención de acuerdo a las necesidades y la subjetividad de cada mujer.

Palabras clave: Periodo pós-parto, Parto domiciliário, Parto humanizado, Enfermería obstétrica, Parto normal.

INTRODUÇÃO

A adoção de modelos de atenção obstétrica mais humanizados, tem sido debatida de forma ampla em todo mundo. A assistência humanizada adota práticas baseadas em evidências que respeitam a fisiologia do parto e do nascimento, reduzem as intervenções desnecessárias e consideram as escolhas da mulher (BRASIL, 2017; WHO, 2018). A mulher que vivencia um parto domiciliar planejado (PDP) tem uma experiência diferente, especialmente pela maior liberdade em manifestar seus comportamentos e pela atenção individualizada e integralizada (HUTTON EK, et al., 2019; KOETTKER JR, et al., 2018; VALINHO PB, et al., 2021).

Os profissionais que atuam no cenário do PDP, respeitam as preferências de cada mulher e utilizam algumas tecnologias não invasivas de cuidado, sendo essas capazes de promover o conforto e o alívio da dor durante o trabalho de parto e parto (ROSA MD, et al., 2022). Estudos apontam diversos benefícios decorrentes do PDP, como maiores taxas de parto vertical e de satisfação materna, bem como, altos índices de contato pele a pele imediato e aleitamento materno na primeira hora de vida. Além disso, demonstram menores taxas de morbidade materna grave, hemorragia pós-parto, remoção manual da placenta e realização de intervenções como episiotomia e amniotomia (HUTTON EK, et al., 2019; KOETTKER JR, et al., 2018).

Embora esse movimento a favor da humanização do parto seja observado, nem sempre o mesmo acontece durante o período puerperal, quando ocorrem adaptações físicas e emocionais importantes, no qual a mulher vivencia o dilema entre as expectativas construídas durante a gestação e a verdadeira realidade do puerpério. Comparado a outras fases do ciclo gravídico-puerperal, o puerpério é um período que resulta em maior vulnerabilidade da mulher e necessita de atenção integral. A assistência puerperal não satisfatória pode resultar em desfechos desfavoráveis como hemorragias, infecções, intercorrências mamárias, gestações precoces, situações de estresse e depressões, contribuindo para o aumento da morbimortalidade materna (ACOG, 2018).

Deste modo, a assistência prestada nesse período deve estar voltada para as primeiras transformações corporais decorrentes do parto, levando em consideração também outras questões, como os sentimentos de ambivalência, medos e inseguranças relatadas pela mulher, a presença de dor e a amamentação do recém-nascido. Em consequência, um plano assistencial deve ser iniciado e executado pelos profissionais responsáveis, dando suporte e realizando orientações sobre o autocuidado e os cuidados com o bebê, considerando as transformações psicossociais e familiares (ACOG, 2018). Observa-se que em âmbito hospitalar, o tempo de assistência destinado a esse período é pequeno. Nota-se na prática, que existe uma desatenção por parte das instituições, no que se refere à assistência puerperal, o que não ocorre nos demais períodos do ciclo gravídico, como na gestação e no parto (GOMES GF e SANTOS APV, 2017).

Sabemos que a assistência puerperal prestada pelos profissionais de saúde, é pontual, sendo a família a principal fonte de cuidados neste momento. Entretanto, em um contexto em que rege a humanização, como no PDP, nos questionamos: como se dá a assistência puerperal prestada pela enfermagem obstétrica e obstetrites no PDP? Existe uma continuidade dessa assistência? Considerando essas indagações, o presente estudo teve como objetivo compreender a assistência prestada por enfermeiras obstétricas e obstetrites no período puerperal do parto domiciliar planejado.

MÉTODOS

Estudo de abordagem qualitativa que entrevistou enfermeiras obstétricas e obstetrites que realizavam a assistência ao PDP em diferentes regiões do estado de São Paulo. A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2016 e janeiro de 2017 e a amostra se deu por saturação teórica dos dados (NASCIMENTO LCN, et al., 2018).

A escolha dos participantes aconteceu a partir da busca por profissionais que acompanhavam o PDP, identificados por meio de contato com os pares, instituições de classe e indicações dos próprios informantes.

Foram incluídos profissionais que atendiam o PDP no estado de São Paulo e que tivessem formação acadêmica em enfermagem com especialização em obstetrícia e/ou graduação em obstetrícia. O convite para participação do estudo foi realizado via telefone e/ou e-mail, em até três tentativas de contato.

A entrevista foi agendada de acordo com a possibilidade da pesquisadora e participante, sendo realizada por meio do *software* Skype® que possibilitou a comunicação visual e verbal com o participante em tempo real, através da *internet*. No início da entrevista procedeu-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde o participante declarou verbalmente o aceite da sua participação. A imagem e o áudio de cada entrevista foram gravados em mídia digital e transcritos na íntegra pela pesquisadora, para assegurar a fidedignidade da fala dos participantes.

Inicialmente, foi aplicado um questionário de caracterização dos participantes. Em seguida, foi realizada uma entrevista, por meio de um instrumento semiestruturado, que evoluiu a partir da seguinte questão norteadora: “Me fale sobre a assistência que você presta no período puerperal de um parto domiciliar”.

Todas as participantes tiveram liberdade para falar o quanto achassem necessário, sem serem interrompidas. Após transcritas as gravações, uma leitura cuidadosa de todo o material obtido foi realizada, procedendo assim, para a exploração dos dados, realização de inferências e elaboração da síntese.

Para a análise e interpretação dos dados, o método utilizado foi o de Interpretação dos Sentidos, seguindo as seguintes etapas: leitura compreensiva do material selecionado, exploração do material e elaboração da síntese interpretativa.

Durante a primeira etapa procedeu-se à leitura e releitura do material transcrito, a fim de obter a visão geral do conjunto, a impregnação dos depoimentos e a detecção de particularidades do material, resultando em alguns temas que poderiam expressar os depoimentos. Com base nessa estrutura de análise por temas, a segunda etapa consistiu na realização de cortes em trechos dos depoimentos para a identificação das ideias explícitas e implícitas.

A partir disso, as inferências foram levantadas, provocando então, o início da interpretação dos sentidos atribuídos. Por fim, na última etapa, buscou-se os sentidos mais amplos das ideias que traduzissem a lógica de todo o material, alcançando então uma articulação entre os objetivos do estudo, os dados empíricos e as evidências científicas disponíveis (GOMES R, 2010).

A fim de garantir o sigilo e confidencialidade dos dados, os participantes foram identificados por letras maiúsculas seguidas de números (P1 a P12). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, sob o parecer de n.155/201, CAAE: 48602715.3.0000.5393. Este estudo seguiu as recomendações para elaboração de pesquisas qualitativas do COREQ (Critérios Consolidados para Relatar uma Pesquisa Qualitativa) (SOUZA VRS, et al., 2021).

RESULTADOS

Participaram deste estudo 12 enfermeiras obstétricas e obstetrizes, todas do sexo feminino, com idades variando entre 25 e 48 anos. A **Tabela 1** apresenta a caracterização das participantes.

Tabela 1 - Caracterização das participantes (n=12).

Variáveis	n	%
Idade (média, em anos)	36,5	
Filhos		
Sim	6	50
Não	6	50
Local de nascimento do filho		
Hospital	4	33
Domicílio	7	58
Renda mensal (salário mínimo, R\$1.100,00)		
Até 3 salários	4	33
De 3 a 6 salários	4	33
Acima de 6 salários	3	25
Não soube informar	1	8
Formação para atuar como enfermeira obstétrica*		
Graduação em obstetrícia	4	33
Especialização em obstetrícia	8	67
Experiência prévia em maternidade		
Sim	8	67
Não	4	33
Região de atuação		
Campinas	4	33
Grande São Paulo	2	17
Demais regiões do estado†	6	50

Legenda: *Modalidade especialização. †Vale do Ribeira, Taubaté, Araraquara, São Carlos, Sorocaba, Bauru, Botucatu, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto. **Fonte:** Peppe MV, et al., 2023.

A partir da leitura e exploração das falas das participantes, emergiram quatro categorias temáticas: 1) O início do puerpério; 2) O cuidado com o recém-nascido; 3) Acompanhamento puerperal domiciliar e 4) Burocracias assistenciais enfrentadas pelas enfermeiras obstétricas e obstetrizes.

Categoria 1: O início do puerpério

As participantes descrevem a assistência prestada.

Realizamos exame físico no quarto período, a cada meia hora até uma hora e meia. Verificamos pressão arterial, pulso, involução uterina, loquiação, fazemos a sutura do períneo quando há necessidade. (P5)

De rotina não fazemos manejo ativo do período de Greenberg, fazemos conforme a necessidade, não fazemos ocitocina de rotina, a gente fica observando, chega a fazer tração controlada do cordão quando necessário. A gente tenta interferir o menos possível nessa hora dourada, a gente não corta o cordão antes da placenta dequitar, pede o menos de interferência inclusive dos familiares, a gente sempre atenta em lembrar que o parto só acaba depois que a placenta saiu [...]. (P6)

Categoria 2: O cuidado com o recém-nascido (RN)

No PDP também ocorre a atuação das participantes no cuidado com o bebê.

[...] a gente faz a avaliação inicial do bebê, depois pesa, orienta a mãe a limpar o coto umbilical, põe fraldinha e orienta vestir. [...] a gente não mede estatura logo depois que nasceu, só no dia seguinte, a gente só vai medir perímetro cefálico e abdominal, e o exame físico cefalocaudal, genitais, tudo. (P4)

Uma participante relatou sobre a realização de exames pré-natais para investigar a presença da infecção materna.

[...] depende da opção deles, abordamos durante as consultas os índices, prevalências e as eficácias sobre a vitamina K e colírio, eles que decidem e aí a gente solicita também os exames de cultura de strepto, gonorreia e clamídia, se a pessoa não quiser colher a gente orienta o iodo, não o nitrato, e sim o iodopovidina 2,5%. Se fugir da orientação do ministério, eles têm que assinar um termo de responsabilidade. (P3)

Categoria 3: Acompanhamento puerperal domiciliar

A assistência individualizada continua depois que o bebê nasce.

[...] uma consulta com até 24 horas do nascimento, depois uma com 72 horas e outra entre 10 e 15 dias, dependendo de como for, aí uma com 30 dias. [...] ela tem a possibilidade de nos chamar a hora que for, e aí vai uma de nós para avaliar. [...] na consulta de 72 horas ficamos mais atentas na amamentação, por conta da apojadura, fazemos todas as orientações de massagem, pega, prega. Se tiver tudo bem né, se não tiver tudo bem, a gente vai antes mesmo. E aí vai fazer um exame físico na mulher e no bebê, vê períneo, útero, essas coisas e no bebê também, vê sinais de atividade, reatividade, hidratação, reflexos, um exame físico mais nesse sentido. Fazemos orientações para o cuidado com o períneo, na 3ª e 4ª visita falamos um pouco sobre métodos contraceptivos, discutindo as possibilidades e quais eles vão desejar usar, mais isso. (P4)

Algumas participantes relataram que realizam no mínimo três consultas puerperais, e quando necessário realizam mais visitas, ficando também à disposição pelo telefone em caso de dúvida ou necessidade. A visita com 24 horas após o parto foi unânime na fala de todas as participantes.

Quanto à segunda visita, a maioria relatou que é realizada entre o terceiro e o quinto dia após o parto. Segundo as falas das participantes, todo o exame físico é repetido na mulher e no bebê, e as orientações são mais focadas no aleitamento materno e cuidados mamários.

O período de realização da terceira visita variou entre o sétimo e o trigésimo dia após o parto. Nessa consulta além de toda questão física e clínica do binômio, algumas participantes abordaram a questão do planejamento familiar e da sexualidade do casal.

Categoria 4: Burocracias assistenciais enfrentadas pelas enfermeiras obstétricas e obstetrizes

Algumas participantes relataram não ter dificuldades em adquirir a Declaração de Nascidos Vivos (DNV).

Preenchemos a DNV mesmo, a gente retira na secretaria de saúde e é tranquilo, até em outras cidades a gente consegue. (P1)

Contudo, isso não é unânime, e as dificuldades são relatadas pela P2.

Explicamos esse trâmite para o casal desde o começo, aqui na nossa cidade os cartórios facilitaram para gente, escrevemos uma declaração de próprio punho e levamos no cartório para que eles preencham a DNV, pois a secretaria de saúde daqui não estava querendo fornecer DNV para gente. (P2)

Outro ponto relatado foi o encaminhamento do recém-nascido (RN) para o seguimento com a pediatria e a realização das vacinas recomendadas.

[...] oriento a coleta do teste do pezinho no quinto dia de vida, assim já aproveita e faz as vacinas de BCG e Hepatite B, elas fazem direto no ambulatório central. O que temos mais dificuldade é com o teste da orelhinha e do olho, que só faz na Santa Casa ou particular. (P7)

Uma das maiores dificuldades relatadas pelas participantes foi garantir o destino adequado para os resíduos sólidos e perfurocortantes, provenientes da assistência ao parto e nascimento. Observa-se nas falas abaixo, que não existe um descarte apropriado da placenta.

[...] placenta é um problema né, a gente oferece para elas, se querem ficar ou não, se a família optar por ficar, elas precisam assinar um termo de que elas não vão jogar essa placenta no lixo comum, então, se eles vão ficar com a placenta, terão que plantar ou um outro fim que não seja o lixo comum. [...] nunca conseguimos uma empresa que aceitasse desprezar pouca quantidade de material biológico. Ou a gente dá um jeito de entregar para algum conhecido que trabalha em hospital ou a gente planta, isso por agora, mas precisamos conseguir uma solução para esse descarte. (P2)

A P7 não se responsabiliza por garantir o descarte e transfere essa responsabilidade para o casal.

Ahh eu falo: o que vocês vão fazer com a placenta eu não sei, eu sei que comigo ela não vai ficar [risos]. Mas eu não pego a placenta não, eles querendo ou não, eu falo que fica a critério deles, inclusive teve um que levou para jogar no posto de saúde e o posto recusou, no fim acabaram enterrando a placenta. Eu só falo que não pode jogar no lixo comum. (P7)

DISCUSSÃO

A partir das falas analisadas, é possível compreender que a assistência prestada pelas participantes durante o puerpério, atendem às recomendações nacionais e internacionais. Ao considerar que este é o período mais crítico de todo o ciclo gravídico puerperal e o responsável pela maior parte das mortes maternas, especialmente entre as primeiras 24 horas e uma semana após o parto, o cuidado na primeira hora pós-parto deve ser minucioso, atentando-se, principalmente, para o volume da perda sanguínea; involução, contratilidade e altura uterina; o estado geral da mulher e sinais vitais (WHO, 2022; WHO 2014; NICE, 2017). Essa atenção mais estreita a essas questões, ficou evidente no discurso das participantes, o que mostra individualização, humanização e qualidade do cuidado.

Percebe-se que o manejo fisiológico do terceiro período do parto pode ser uma prioridade, fazendo uso das intervenções indicadas no manejo ativo, apenas quando necessário. Quando comparado ao manejo fisiológico, o manejo ativo, encurta o tempo do terceiro período do parto e reduz o risco de sangramento e necessidade de hemotransfusão (NICE, 2017).

Vale ressaltar que no Brasil, não existem protocolos formais sobre a assistência no PDP (COFEN, 2019), a literatura recomenda que o manejo ativo seja adotado em todos os partos. Dessa forma, em casos particulares e de gestações de risco habitual, o profissional de saúde deve orientar a mulher sobre os riscos e benefícios de cada manejo, respeitando a opinião e os desejos da mulher (ERICKSON EN, et al., 2017; BRASIL, 2017; WHO, 2014; NICE, 2017).

Após a assistência ao terceiro e quarto período do parto, foi notório que um tempo é dado para que mãe e filho possam entender que aconteceu de fato o parto e o nascimento. Após esse reconhecimento, as enfermeiras obstétricas e obstetrizas dão início a outro cuidado, se preocupando também em garantir a ingesta de alimentos e hidratação da mulher, além de auxiliar na higiene corporal. Ainda nesse momento, alguns cuidados pertinentes ao RN começam a ser realizados, como o contato pele a pele imediato e o aleitamento materno. A assistência e intervenções necessárias devem ser realizadas levando em consideração a sensibilidade desse momento, e minimizando os fatores que separam mãe e filho (PRATES LA, et al., 2018; NICE, 2017).

Considerando os cuidados realizados com o RN, ficou evidente que na assistência domiciliar, as enfermeiras obstétricas e obstetrizas também foram responsáveis por assistir e avaliar o bebê. Todos profissionais que assistem ao parto e nascimento devem ser treinados e capacitados não só para o cuidado com a mulher, mas também para a assistência ao RN, seja ela na hora do nascimento em casos de reanimação neonatal ou nos momentos posteriores ao parto, considerando a fisiologia e adaptação do bebê

e possíveis complicações que possam acontecer nesse período (BRASIL, 2017; NICE, 2017). O MS considera como capacitado para a atuação na reanimação neonatal, o profissional médico ou de enfermagem que tenha realizado o treinamento teórico-prático (BRASIL, 2017).

Notou-se que as participantes seguiram as recomendações acerca dos cuidados com o RN, garantido a realização do exame físico completo (peso, sinais vitais, observação e clampamento e higiene do coto umbilical) (WHO, 2022; NICE, 2017; BRASIL, 2017). Quanto aos cuidados profiláticos realizados no RN ao nascer, a literatura internacional e nacional recomenda a realização da prevenção da doença hemorrágica do RN e também da profilaxia oftálmica (USPSTF, 2019; BRASIL, 2017).

As participantes foram unânimes em suas falas, e afirmaram que a decisão de realizar ou não tais procedimentos, é da mulher e de seu parceiro (a), e que essa decisão ocorre após receberem informações durante as consultas de pré-natal. Sendo assim, as profissionais respeitam a decisão da mulher, entretanto, se respaldam juridicamente, por meio de um termo de responsabilidade, caso a mulher opte por realizar qualquer opção que não seja recomendada pelo MS.

Considerando as visitas puerperais, percebe-se que a sua frequência seguiu os preceitos da OMS, sendo recomendada uma primeira visita dentro das primeiras 24 horas pós-parto. A recomendação se estende ainda para um mínimo de quatro consultas: no 1º; entre o 2º e 3º; entre o 7º e 14º dia e com seis semanas após o parto, além de consultas extras, quando necessário. Um roteiro de avaliação física e emocional deve ser seguido, cabe ainda ao profissional que assistiu ao parto, encaminhar o bebê para avaliação médica caso apresente problemas clínicos (WHO, 2022; BRASIL, 2019).

O domicílio pode ser considerado como um ambiente favorável para o cuidado puerperal, pois esse cuidado começa a se desenvolver no próprio ambiente em que a família vive, dessa maneira, todas as orientações e avaliações realizadas no puerpério, levam em conta as condições sociais, culturais, financeiras e a dinâmica de cada lar. O vínculo estabelecido entre a enfermeira obstétrica/obstetiz e a mulher desde o pré-natal, pode ser visto como um facilitador pois a puérpera terá liberdade para expor suas dúvidas, dificuldades, medos e receios, e a enfermeira obstétrica/obstetiz terá mais facilidade em interpretar as necessidades da mulher (LESSA HF, et al., 2018).

Outro achado que merece destaque é a burocracia que algumas participantes relataram enfrentar. A primeira delas tem relação com emissão da DNV, sendo esta indispensável para o registro de nascimento do RN. Algumas secretarias de saúde se mostraram contrárias à liberação da DNV para certas participantes, mesmo respaldadas legalmente para adquirir e preencher a mesma (BRASIL, 2009). A segunda dificuldade relatada pelas participantes tem a ver com o seguimento médico do RN, início da vacinação, e triagens neonatais recomendadas. Nesse primeiro momento, destaca-se a vacinação contra Hepatite B e BCG, além da realização dos testes de triagem neonatal, reflexo vermelho e triagem auditiva neonatal (COREN-SC, 2016; WHO, 2022).

Cabe ao profissional que atende ao pré-natal da mulher, esclarecer e orientar sobre os locais de coleta e a data recomendada para realizá-la, sendo essa preconizada entre o terceiro e quinto dia de vida do bebê (BRASIL, 2016). Não existe uma recomendação formal do MS para a realização do teste de reflexo vermelho nos bebês que nasceram em casa, dessa maneira, as equipes que atendem o PDP podem realizar o teste no próprio domicílio, uma vez que qualquer profissional de saúde que seja treinado para esse fim, pode realizá-lo (BRASIL, 2016b).

Diferente da postura do MS, a recente publicação da OMS recomenda que, no contexto do parto domiciliar, o teste do olhinho seja realizado no primeiro contato ambulatorial de assistência pós-natal, preferencialmente dentro das primeiras seis semanas de vida do bebê (WHO, 2022). Quanto a triagem auditiva, para os bebês que nasceram em domicílio, a realização do teste deve ocorrer até o trigésimo dia de vida do bebê (BRASIL, 2012). O descarte de material biológico também esteve presente nas dificuldades apontadas pelas participantes. Ressalta-se que cabe aos responsáveis pela assistência domiciliar, o gerenciamento dos resíduos de forma apropriada, a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, um encaminhamento seguro dos resíduos, preservando a saúde pública, os recursos naturais e o meio ambiente.

A placenta se enquadra como um resíduo do grupo A5, que corresponde à órgãos, tecidos, fluidos orgânicos e materiais perfurocortantes, é possível a presença de agentes biológicos que podem apresentar um risco de infecção (BRASIL, 2018). Esses resíduos deveriam ser encaminhados para algum serviço que conte com o sistema de incineração, devendo ser acondicionados de maneira adequada, e no caso da assistência domiciliar, devem ser recolhidos pelos próprios profissionais que realizaram a assistência (BRASIL, 2018).

A maior limitação do estudo foi o fato de não ter abrangido todas as regiões do estado de São Paulo, pois percebe-se que das quinze mesorregiões do estado, apenas nove foram representadas nesse estudo. Esse estudo contribui para a compreensão da prática de cuidados puerperais realizados no contexto do PDP, demonstrando como a enfermagem obstétrica e obstetrias estão atuando frente ao cuidado clínico e emocional destinado à puérpera e ao recém-nascido.

CONCLUSÃO

Este estudo revelou as ações que as enfermeiras obstétricas e obstetrias prestam durante a assistência ao período puerperal de um PDP, no qual as participantes atuavam de acordo com as recomendações dos órgãos nacionais e internacionais. Dessa maneira, pode-se inferir que a assistência puerperal prestada pelas profissionais participantes do estudo, foi integral e individualizada, o que pode facilitar o alcance da subjetividade de cada mulher. Consideramos ainda, que é real a necessidade das Políticas de Saúde e das Secretarias de Saúde, incluírem e considerarem a realidade do PDP como opção para as mulheres, mesmo que em nosso país seja uma realidade da iniciativa privada. Vale destacar que esse é o primeiro estudo que revela a prática dos cuidados puerperais no cenário do PDP no estado de São Paulo. Esperamos contribuir para a melhoria da assistência ao PDP, em todas as suas fases, desde o pré-natal até o puerpério. Compreendemos que há uma série de questões e desafios nessa modalidade de assistência. Dessa maneira, entendemos que novos estudos poderiam contribuir para um melhor entendimento de como podemos desenvolver tais práticas.

REFERÊNCIAS

1. ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion number 736. Optimizing postpartum care, 2018. Disponível em: https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2018/05000/ACOG_Committee_Opinion_No__736__Optimizing.42.aspx. Acessado em: 10 de junho 2022.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 116 de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os sistemas de informações em saúde sob vigilância da secretaria de vigilância em saúde. 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html. Acessado em 15 de junho de 2022.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Especializada. Diretrizes de atenção da triagem auditiva neonatal. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf. Acessado em 15 de junho de 2022.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Triagem neonatal biológica: manual técnico. 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdf. Acessado em 15 de junho de 2022.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Especializada. Diretrizes de atenção à saúde ocular na infância: detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais. 2016b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_saude_ocular_infancia_prevencao_deficiencias_visuais.pdf. Acessado em 15 de junho de 2022.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acessado em: 10 de junho 2022.

7. BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 222, 28 de março de 2018. Regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde e dá outras providências. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf. Acessado em 20 de junho de 2022.
8. BRASIL, Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada. Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. 2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>. Acessado em: 10 de junho de 2022.
9. COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Parecer de comissão n. 003/2019. Enfermagem Obstétrica. Parto Domiciliar. 2019. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-tecnico-cnsm-cofen-no-003-2019_74671.html. Acessado em: 20 de junho de 2022.
10. COREN-SC, Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. Parecer técnico Coren/SC n. 023/CT/2016. Parto domiciliar planejado. 2016. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/PT-023-2016-Parto-Domiciliar-Planejado.pdf>. Acessado em: 10 de junho de 2022.
11. ERICKSON EN, et al. Role of prophylactic oxytocin in the third stage of labor: physiologic versus pharmacologically influenced labor and birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 2017; 62: 4: 418-424.
12. GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO MCS, et al. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis: Vozes; 2010; 79-108.
13. GOMES GF e SANTOS APV. Assistência de enfermagem no puerpério. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 2017; 6: 2 211-220.
13. HUTTON EK, 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*, 2019; 14: 59-70.
14. KOETTKER JG, et al. Práticas obstétricas nos partos domiciliares planejados assistidos no Brasil. *Rev Esc Enferm USP*, 2018; 52: e033721.
15. LESSA HF, et al. A opção pelo parto domiciliar planejado: uma opção natural e desmedicalizada. *Rev Pesqui Univ Fed Estado Rio J*, 2018; 10: 4: 1118-22.
16. NASCIMENTO LCN, et al. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. *Revista Brasileira Enfermagem*, 2018; 71: 1.
17. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Intrapartum care for healthy women and babies. *Clinical Guideline* [Internet]. London; 2017. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations-for-research>
18. PRATES LA, et al. Natural nascer em casa: rituais de cuidado para o parto domiciliar. *Rev Bras de Enferm*, 2018; 71: 3: 1324-34.
19. ROSA MD, et al. Caracterização da assistência a parturientes que utilizaram tecnologias não invasivas de cuidado no processo do parto e nascimento. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2022; 15(11): e11118.
20. SOUZA VRS, et al. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2021; 34: eAPE02631.
21. USPSTF, US Preventive Services Task Force. Ocular prophylaxis for gonococcal ophthalmia neonatorum US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. *JAMA*. 2019; 321: 4: 394-398. Disponível em: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/ocular-prophylaxis-for-gonococcal-ophthalmia-neonatorum-preventive-medication>. Acessado em: 10 junho de 2022.
22. VALINHO PB, et al. As dificuldades do parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática. *Research, Society and Development*, 2021; 10: e45910716540.
23. WHO. World Health Organization. WHO Recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502_eng.pdf. Acessado em: 06 de junho de 2022.
24. WHO. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=B3FF62D7180782BA26EBB06E24C94BAB?sequence=1>. Acessado em: 05 de junho de 2022.
25. WHO. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>. Acessado em: 05 de junho de 2022.