



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA**  
**SAÚDE**

**MIRELE PACHECO DE FREITAS**

**AVALIAÇÃO ECONÔMICA DE PARTO DOMICILIAR PLANEJADO**  
**NA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE: uma análise de**  
**viabilidade de modelo**

**RECIFE**

**2020**

**MIRELE PACHECO DE FREITAS**

**AVALIAÇÃO ECONÔMICA DE PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NA REGIÃO  
METROPOLITANA DO RECIFE: uma análise de viabilidade de modelo**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Moacyr Jesus Barreto de Melo Rêgo

Co-orientadoras: Dra. Renata Virgínia Cavalcanti Santos e MS Priscyla de Oliveira Nascimento Andrade

RECIFE

2020

Catálogo na Fonte  
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

- F866a Freitas, Mirele Pacheco de  
Avaliação econômica de parto domiciliar planejado na Região Metropolitana do Recife: uma análise de viabilidade de modelo / Mirele Pacheco de Freitas. 2020.  
59 folhas: il. 30 cm.
- Orientador: Prof. Dr. Moacyr Jesus Barreto de Melo Rêgo e Coorientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Renata Virgínia Cavalcanti Santos e Ms. Priscyla de Oliveira Nascimento Andrade.
- Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2020.  
Inclui referências, apêndices e anexos.
1. Assistência ao parto. 2. Custos de cuidados de saúde. 3. Parto domiciliar. I. Rêgo, Moacyr Jesus Barreto de Melo (Orientador). II. Santos, Renata Virgínia Cavalcanti III. Andrade, Priscyla de Oliveira Nascimento (Coorientadora). IV. Título.
- 330.9 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2021 – 003)

MIRELE PACHECO DE FREITAS

**AVALIAÇÃO ECONÔMICA DE PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NA REGIÃO  
METROPOLITANA DO RECIFE: uma análise de viabilidade de modelo**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup>. Dra: Umbelina Cravo Teixeira Lagioia (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof.<sup>a</sup>. Dra: Keila Silene de Brito e Silva (Examinador Externo)  
Universidade Federal de Pernambuco - Núcleo de Saúde Coletiva

---

Prof.<sup>a</sup>.Dra: Leila Katz (Examinador Externo)  
Coordenadora UTI Materna do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

Dedico esse trabalho aos meus pais, Julio e Denilza; às minhas irmãs, Jamile, Rebeca e Julia; aos meus avós (*in memoriam*: vózinho Heronides, vozinha Irany, vovô Diniz), representados em vida por mainha Graça. Todos que de mais puro amor, torcem por mim. Às minhas sobrinhas, Lavínia e Tarsíla, que assim como Julia, hoje são crianças, para que sejam livres nos seus caminhos, cresçam incansavelmente em conhecimento e amor.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Criador, aos meus protetores e cuidadores.

Aos meus pais, Julio e Denilza, por todo amor a mim dedicado.

À minha irmã, Rebeca, que convivendo comigo, me aguentou e me ajudou em várias etapas. Minha vida é mais viva com ela comigo.

Às grandes amigas que tive a honra que conquistar: Tatianne Frank, por tudo que representa na minha vida, por todo ensinamento técnico-científico e vital, por ser quem é na Obstetrícia, transformadora, inspiradora e encorajadora de pessoas, sobretudo mulheres, mães, profissionais e pela disponibilização de dados para que tenhamos mais e mais evidências para mudarmos o mundo. Flávio Pacheco, com quem sempre pude contar para compra de insumos. Emyli Viana, que há mais de uma década continua ao meu lado para tudo. Meu grande amigo Jorge Gonçalves (JG), presente especialmente nos meus momentos de conclusão, sendo estímulo e calma. Pedro Américo, pelas incansáveis escutas, bons aconselhamentos e abraços acolhedores. Priscyla Andrade, por aceitar me co-orientar e orientar em tantos momentos. Aos meus primos especiais, Rodrigo e Rafaella, por todas as trocas e risos. Aos colegas de turma, especialmente Bia e Marcella, pelo nosso grupo terapêutico na trajetória deste mestrado. Carolina Monteiro, Maiana Gomes, Luciana Corrêa, por serem seres tão lindos e de presença sempre enriquecedora. À cada mulher e família, que me permitiram vivenciar a emoção da chegada de um filho.

Aos meus professores, especialmente Professor Moacyr e professora Umbelina e minha co-orientadora Renata, por acreditarem e darem suporte na construção do meu trabalho.

Ao próprio Ministério da Saúde, por oportunizar esse enriquecimento intelectual.

Muito grata!

## RESUMO

Com as transformações advindas do surgimento das tecnologias, o modelo obstétrico passou por mudanças significativas, onde o protagonismo do parto já não pertence às mulheres. Passando a ser regido pelo complexo médico-industrial, criando uma forte oposição na simplificação do modelo e elevando, em muito, seus custos. Entender que o Parto Domiciliar Planejado é uma alternativa real, prevista, disponível e de menor custo, capaz de atuar como ferramenta de redução da morbimortalidade materna e neonatal, é, sem dúvida um enorme avanço para a saúde no Brasil. É reconhecido, desde 1996, pela Organização Mundial de Saúde como um local seguro para o acompanhamento de partos de gestantes de baixo risco. Diante deste contexto, somado à ausência de estudos sobre custos com este trabalho, teve como objetivo principal levantar os custos com PDP, comparar com outros tipos de nascimento e associar algumas variáveis aos seus desfechos. Os dados foram coletados a partir de prontuários físicos de mulheres (n=197) que tiveram Parto Domiciliar Planejado, entre 2013-2017, na Região Metropolitana do Recife e aplicado questionário de satisfação por e-mail. Por tratar-se de procedimentos privados, com profissionais autônomas, foram apenas considerados os custos com materiais e equipamentos, pois os custos com Recursos Humanos equivalem ao lucro das profissionais, após retirados tais custos. Com custos variando entre R\$82,02 (2016) e R\$151,01 (2014); os Elevados Níveis de Satisfação das mulheres (94,2% de satisfação com a qualidade dos cuidados e 91,3% de satisfação com a forma de decorreu o TP, parto e pós-parto) e os Desfechos positivos (71,07% sem intercorrências maternas ou neonatais e 9,69% de transferência por intercorrência). Os resultados e conclusões se apresentam em consonância com a hipótese levantada, que o modelo é de alta satisfação e baixo custo comparado ao valor pago pelo SUS (R\$267,60). Concluindo que se trata de um modelo seguro de assistência e uma boa opção para melhoria da qualidade na atenção obstétrica, que contribui para a redução de intervenções desnecessárias e conseqüentemente para melhores desfechos.

**Palavras-chave:** Assistência ao parto. Custos de cuidados de saúde. Enfermagem obstétrica. Parteira. Parto domiciliar.

## ABSTRACT

With the transformations resulting from the emergence of technologies, the obstetric model underwent significant changes, where the protagonism of childbirth no longer belongs to women. Becoming governed by the medical-industrial complex, creating a strong opposition in simplifying the model and greatly increasing its costs. Understanding that Planned Home Birth is a real, predictable, affordable and affordable alternative that can act as a tool to reduce maternal and neonatal morbidity and mortality is undoubtedly a huge advance for health in Brazil. Since 1996, it has been recognized by the World Health Organization as a safe place to monitor the delivery of low-risk pregnant women. Given this context, in addition to the lack of studies on costs with this work, while an exploratory and descriptive study, the main objective was to raise the costs with PDP, compare with other types of birth and associate some variables with their outcomes., The data were collected from women's medical records (n = 197) who had Planned Home Birth, between 2013-2017, in the Metropolitan Region of Recife and applied an email satisfaction questionnaire. As these are private procedures, with autonomous professionals, only the costs with materials and equipment were considered, since the costs with Human Resources are equivalent to the profit of the professionals, after removing these costs. With costs ranging from R\$ 82.02 (2016) to R\$ 151.01 (2014); Women's High Levels of Satisfaction (94.2% satisfaction with quality of care and 91.3% satisfaction with the way in which PT, delivery, and postpartum elapsed) and Positive Outcomes (71.07% without maternal or neonatal complications and 9.69% of intercurrent transfer). The results and conclusions are in line with the hypothesis raised, that the model is of high satisfaction and low cost compared to the amount paid by SUS (R\$ 267.60). In conclusion, this is a safe care model and a good option for improving the quality of obstetric care, which contributes to the reduction of unnecessary interventions and, consequently, to better outcomes.

**Keywords:** Childbirth care. Health care costs. Obstetric nursing. Midwife. Home birth.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Valores pagos pelo SUS por procedimento, 2013-2017.....	18
<b>Quadro 2</b> - Benefícios do PDP comparado com outros modelos, dados CONITEC, 2016. ...	19
<b>Quadro 3</b> - Montagem de Custo por procedimento relacionado ao parto domiciliar planejado no Recife por ano.....	26
<b>Quadro 4</b> - Nível de satisfação de mulheres que tiveram Parto Domiciliar Planejado na RMR, 2013-2017.....	36

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Índice de Apgar no 1º minuto de bebês nascidos de parto domiciliar planejado na RMR, 2013-2017.....	31
<b>Figura 2</b> - Índice de Apgar no 5º minuto de bebês nascidos de parto domiciliar planejado na RMR, 2013-2017.....	32
<b>Figura 3</b> - Peso de bebês nascidos de parto domiciliar planejado na Região Metropolitana do Recife, entre 2013 e 2017.....	32
<b>Figura 4</b> - Nível de satisfação de mulheres que tiveram Parto Domiciliar Planejado na Região Metropolitana do Recife, com o tempo do Trabalho de parto, Parto e Pós-parto, 2013-2017.	33
<b>Figura 5</b> - Nível de satisfação de mulheres que tiveram Parto Domiciliar Planejado na Região Metropolitana do Recife, com a forma que decorreu o Trabalho de parto, Parto e Pós-parto, 2013-2017.....	34
<b>Figura 6</b> - Nível de satisfação de mulheres que tiveram Parto Domiciliar Planejado na Região Metropolitana do Recife, com a qualidade dos cuidados prestados no Trabalho de parto, Parto e Pós-parto, 2013-2017.....	34
<b>Figura 7</b> - Intensidade média de dor de mulheres que tiveram Parto Domiciliar Planejado na Região Metropolitana do Recife, 2013-2017. ....	35
<b>Figura 8</b> - Mulheres que tiveram Parto Domiciliar Planejado na Região Metropolitana do Recife, que referiram sentir prazer ou satisfação durante o Trabalho de Parto, Parto e Pós-parto, 2013-2017.....	35

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Dados sociodemográficos de mulheres que tiveram parto domiciliar planejado na Região Metropolitana do Recife entre 2013 e 2017. ....	27
<b>Tabela 2</b> - Dados obstétricos das mulheres que tiveram parto domiciliar planejado na Região Metropolitana do Recife entre 2013 e 2017. ....	28
<b>Tabela 3</b> - Dados do Trabalho de Parto de mulheres que tiveram parto domiciliar planejado na Região Metropolitana do Recife entre 2013 e 2017. ....	29
<b>Tabela 4</b> - Intercorrências, Transferências e médico beck up de mulheres que tiveram parto domiciliar planejado na Região Metropolitana do Recife, entre 2013 e 2017. ....	30
<b>Tabela 5</b> - Comparação de custo per capita de Parto Domiciliar Panejado na RMR com valores pagos pelo SUS, nos anos 2013-2017. ....	37

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ACOG</b>	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
<b>ANS</b>	Agência Nacional de Saúde
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>COFEN</b>	Conselho Federal de Enfermagem
<b>CONITEC</b>	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
<b>COREN</b>	Conselho Regional de Enfermagem
<b>CPN</b>	Centro de Parto Normal
<b>DNV</b>	Declaração de Nascido Vivo
<b>FIGO</b>	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
<b>FIOCRUZ</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>IPCA</b>	Índice de Preços para o Consumidor Amplo
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-americana de Saúde
<b>PDP</b>	Parto Domiciliar Planejado
<b>QESP</b>	Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto
<b>RMR</b>	Região Metropolitana do Recife
<b>RN</b>	Recém-Nascido
<b>SIGTAP</b>	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
<b>SoWMy</b>	<i>State of the World's Midwifery Report</i>
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UFPE</b>	Universidade Federal de Pernambuco
<b>VCMH</b>	Variação de Custo Médico-Hospitalar
<b>Vit. K</b>	Vitamina K ou fitomenadiona
<b>WHO</b>	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	16
<b>2.1 Geral</b> .....	16
<b>2.2 Específicos</b> .....	16
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	17
<b>3.1 O cenário obstétrico e seus custos</b> .....	17
<b>3.2 Local de nascimento</b> .....	18
<b>3.3 Assistência ao parto e nascimento por Enfermeiras Obstetras</b> .....	20
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	22
<b>4.1 Tipo de estudo</b> .....	22
<b>4.2 Local da pesquisa</b> .....	22
<b>4.3 Amostra</b> .....	22
<b>4.4 Critérios de inclusão e exclusão</b> .....	22
<b>4.5 Aspectos éticos</b> .....	22
<b>4.6 Coleta de dados</b> .....	22
<b>4.7 Análise e interpretação dos dados</b> .....	23
4.7.1 Índice de depreciação VCMH .....	24
<b>5 RESULTADOS</b> .....	27
<b>5.1 Caracterização da amostra</b> .....	27
5.1.1 Caracterização da amostra de Custos .....	27
5.1.2 Caracterização da amostra QESP e Nível de Satisfação .....	33
<b>5.2 Nível de satisfação das mulheres com o PDP</b> .....	33
<b>5.3 Custos</b> .....	37
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	38
<b>7 CONCLUSÕES</b> .....	43
<b>8 PERSPECTIVAS</b> .....	44

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>45</b>
<b>APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>48</b>
<b>APÊNDICE B – QUESP VIA GOOGLE FORMS.....</b>	<b>51</b>
<b>APÊNDICE C - QESP - QUESTIONÁRIO DE EXPERIÊNCIA E SATISFAÇÃO COM O PARTO (ADAPTADO).....</b>	<b>53</b>
<b>APÊNDICE D - CARTA DE ANUÊNCIA.....</b>	<b>54</b>
<b>APÊNDICE E - TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE.....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/ UFPE .....</b>	<b>56</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O parir, enquanto evento fisiológico, hormonal, mecânico e psicológico, tem mais de cinco milhões de anos de experimentação. E o local de ocorrência sempre foi onde a fêmea escolhesse, onde achasse idealmente seguro. Para nós, humanos, era um evento doméstico e familiar, assistido por mulheres de confiança ou parentes (JONES, 2012).

A cesariana teve importante participação na redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal. No final dos anos 60, as taxas de mortalidade caíram drasticamente com esta importante conquista para obstetrícia (BRASIL, 2008).

Com as transformações advindas do surgimento das tecnologias, eis que surge a Obstetrícia contemporânea, que retira da mulher o protagonismo do evento do parto, como se sua capacidade de gerar e parir não existisse mais. E o parto fisiológico passou a ser entendido como algo perigoso, que pode ser evitado com um procedimento cirúrgico, sob uma falsa afirmativa de controle situacional (JONES, 2012).

Como o complexo médico-industrial possui diversos gestores a seu serviço e atuando com evidência científica limitada, cria-se uma forte oposição na melhora do modelo obstétrico brasileiro (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

O Brasil já liderou o ranking mundial de cesáreas. Em 2014, a pesquisa Nascer no Brasil, da Fiocruz, revelou que 51,9% dos nascimentos no Brasil, aconteciam através de cesarianas, quando a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) é de 15% (SILVA *et al.*, 2017). Em 2015, teve 56% dos nascimentos via cesarianas (BRASIL, 2016). As menores taxas de cesarianas no mundo, estão entre 14-18%, em países como Holanda, Noruega e Suécia, que possuem modelos obstétricos diferentes do brasileiro, não-intervencionistas (BRASIL, 2008).

Sabe-se que em geral a taxa de incidência de desfechos maternos graves associados com cesarianas é três vezes maior, do que associados ao parto vaginal espontâneo (parto normal) aumentando também efeitos perinatais graves (WHO,2010). Com os surgimentos de novas evidências científicas, a obstetrícia vem passando por mudanças significativas nas últimas três décadas, enfatizando o resgate do respeito à fisiologia do parto e nascimento. Essas mudanças acontecem especialmente nas práticas profissionais e nos ambientes. Questionando-se a prática predominantemente médica e o surgimento, como opção formal, à escolha pelo parto não-hospitalar, como os Partos Domiciliares Planejados (PDP) ou em Centros de Parto Normal (CPN) (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017).

Existe em andamento diversos planos e projetos para a redução da mortalidade materna, como a Mãe Coruja Pernambucana (2007) e Rede Cegonha (2008), que é estruturada a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança na primeira infância e sistema logístico, no que se refere ao transporte. E com ações destas naturezas, é possível oferecer serviços públicos de qualidade, implicando em menor custo para a saúde e maior bem-estar para a população (PORTARIA 1.459 de 24/06/2011).

Existem poucos estudos que comparam os custos por vias de nascimento e a maioria deles evidenciam uma maior economia para PDP (SCARF *et al.*, 2016). Que é o que motiva o planejamento e execução deste trabalho, sob a hipótese de que o Parto Domiciliar Planejado é viável economicamente. Além de ser recomendado como ferramenta para redução de morbimortalidade materna e neonatal, por ser seguro, por não requerer tecnologias elaboradas ou cuidados de maior complexidade. Servindo ainda para *a posteriori* embasar a elaboração de protocolo local, para implementação do PDP na rede pública e/ou privada e posteriormente comparar resultados num novo estudo (BRASIL, 2017).

Este estudo justificou-se especialmente pela ausência de conteúdo relacionado aos Custos com PDP, trazendo à luz dados bastante relevantes à temática, contribuindo para as equipes que atendem PDP e para todos que se interessam pelo assunto.

Ao estudar custos com PDP, foi possível identificar os gastos dos partos conforme desfechos, os benefícios e a satisfação com o procedimento, na perspectiva da mulher, identificando as principais variáveis relacionadas.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Levantar os custos com o parto domiciliar planejado por equipes de parteiras urbanas do Recife, bem como avaliar a experiência e satisfação, das mulheres com o local do parto.

### **2.2 Específicos**

- Levantar custos diretos com Parto Domiciliar Planejado;
- Comparar os custos com valores pagos pelo SUS;
- Avaliar nível de satisfação das mulheres que pariram em domicílio.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 O cenário obstétrico e seus custos

Ainda que na teoria exista o direito de escolha do local do parto e nascimento, nascer no Brasil não vem sendo um evento natural e simples para nenhuma classe social. Com a hospitalização e a grande onda de cesarianas que dominaram nosso modelo obstétrico, desde a década de 1980, o parto vaginal deixa de ser o “parto normal” para ser uma experiência violenta, dolorosa e cercada de intervenções. Enquanto que as cesáreas, na sua maioria, eletivas, tornam-se o sonho de consumo daquelas que não querem sentir dor, nem viver experiências violentas. Assim a cesárea é convenientemente agendada, representando um verdadeiro evento (FIOCRUZ, 2014).

Uma revisão sistemática realizada na Inglaterra, em que foi feita uma análise de custo-eficácia relacionada ao local de nascimento é até o momento o estudo maior e mais recente sobre o assunto. Este estudo prospectivo analisou os resultados de 64.538 mulheres e bebês de acordo com local de nascimento e constatou que era mais barato para o sistema de saúde, para mulheres de baixo risco, darem à luz em casa, especialmente para as mulheres tendo o seu segundo filho ou subsequente (SCHROEDER *et al.*, 2014).

Uma elevada taxa de cirurgias cesarianas, além do aumento de complicações para a mãe e para o bebê, também carrega consigo consequências econômicas, afinal, gasta-se muito mais num procedimento de grande porte, como é o caso (SIGTAP, 2019). Um estudo de estimativa realizado pela OMS, em 137 países, calculou o número de cesáreas necessárias (com indicação clínica) e estimou os custos das cesáreas necessárias e as em excesso (sem indicação clínica). O estudo identificou que 3,2 milhões de cesáreas são necessárias, o que representa um custo de US\$ 432 milhões, e que 6,2 milhões de cesáreas estão em excesso. Destaque para China e Brasil, com 50% deste total no mundo. Contudo, esse estudo não comparou com o custo do parto normal, nem considerou o tipo de prestador (WHO, 2010).

No Brasil, em 2012, 55,6% dos 2,9 milhões de nascimentos realizados anualmente são cirúrgicos. Na saúde suplementar, essa distorção é ainda maior: 84,6% foram cesáreas. A elevada taxa de cesáreas, assim como o conseqüente número de complicações maternas e neonatais, geradas pela cirurgia sem indicação clínica, também pode ter consequências econômicas para os serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Sabendo da escassez de recursos na área da saúde, faz-se extremamente necessária a utilização dos recursos disponíveis de maneira eficaz sem, no entanto, prejudicar a qualidade da assistência prestada (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

“uma vez que recursos financeiros são necessários para melhorar o acesso aos cuidados maternos e neonatais para todos que necessitam, e as cesáreas representam um gasto adicional significativo para sistemas de saúde que já estão sobrecarregados e muitas vezes enfraquecidos.” (HRP/OMS, 2015).

Os custos com Recursos Humanos, especialmente mão de obra especializada, como é o caso dos PDP, representam expressivos valores no custo dos procedimentos, chegando a ultrapassar 90% do valor do procedimento. Considerando os custos com fármacos, também há economia, tendo em vista partos normais não medicalizados (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Comparado ao parto vaginal espontâneo, todos os outros modos de parto apresentam associação com o aumento do risco de morte, internação em UTI, transfusão de sangue e histerectomia, incluindo cesariana anteparto sem indicações clínicas, que também está associada à desfechos maternos graves a longo prazo (SOUZA *et al.*, 2010).

**Quadro 1** - Valores pagos pelo SUS por procedimento, 2013-2017.

<b>Procedimento</b>	<b>Hospital</b>	<b>Profissional</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Média dias</b>
<b>Parto Normal</b>	267,60	175,80	443,40	02
<b>Assistência PN sem distócia*</b>	0	0	0	-
<b>Parto Normal em CPN</b>	267,60	175,80	443,40	02
<b>Atendimento ao RN</b>	0	55,20	55,20	-
<b>Sutura</b>	88,76	56,82	145,58	02
<b>Cesárea</b>	395,68	150,05	545,73	02

Fonte: elaborado pela autora com dados do SIGTAP.

\*O SUS não paga por partos desassistidos.

\*\*Os valores não sofreram alterações no período.

### 3.2 Local de nascimento

A OMS reconhece o domicílio, maternidades, centros de parto normal de pequeno porte ou maternidades de maior porte como possíveis locais de parto, nos casos de gestantes de baixo risco. Desde que haja todo cuidado e atenção voltados para necessidade e segurança. Reconhece o domicílio com um local seguro para o acompanhamento de partos de gestantes de baixo risco (OMS, 1996). E além da OMS, outros Órgãos nacionais e internacionais referem que a decisão do local onde a mulher vai dar à luz, desde que dentro dos critérios de elegibilidade, é dela própria. O Royal College of Midwives e o Royal College of Obstetricians and Gynaecologists possuem diretrizes que defendem que não há motivos para o parto domiciliar não ser oferecido

para mulheres de baixo risco, considerando os muitos benefícios deste (OLSEN; CLAUSEN, 2013).

“Uma mulher deve dar à luz num local onde se sinta segura, e no nível mais periférico onde a assistência adequada for viável de segura” (FIGO,1992).

Lessa *et al.* (2014), em seu trabalho, que descreve o processo de opção das mulheres pelo parto domiciliar, encontra uma prevalência de mulheres que moravam em regiões com maior nível socioeconômico, indicando possível influência de fatores financeiros na opção pelo local do parto. Todas tinham nível superior e acesso à internet, demonstrando que a informação qualificada e diversificada representa uma chave para a opção informada. Este estudo cita também, outros estudos realizados na Inglaterra e em São Paulo, com mulheres que pariram em domicílio, encontraram resultados semelhantes acerca do perfil destas mulheres.

O sistema obstétrico holandês, se apresenta como mais próximo do ideal, pois mulheres sem complicações clínicas, podem escolher onde terão seus bebês, possuindo uma elevada taxa de partos domiciliares, 29% de todos nascimentos, com apenas 15% de cesarianas.

**Quadro 2** - Benefícios do PDP comparado com outros modelos, dados CONITEC, 2016.

	<b>Benefícios PDP</b>
<b>Parto CPN extra-hospitalar</b>	Menores taxas de parto instrumental, cesariana, analgesia peridural, episiotomia, lacerações em geral. Sem diferenças de mortalidade neonatal e internação em UTI. Sem diferença para HPP. Menor taxa de transferência. Em relação aos benefícios para a saúde e uso de recursos, concluiu-se que um PDP oferece menores custos que um parto planejado em um CPN extra-hospitalar, tendo em vista os custos relacionados à infraestrutura dessas unidades.
<b>Parto em CPN intra ou peri-hospitalar</b>	Maiores benefícios para o parto planejado no domicílio em relação às taxas de intervenção como cesariana, parto vaginal instrumental e episiotomia, assim como em relação às lacerações perineais de terceiro e quarto grau e transfusão de hemoderivados. Em termos perinatais, os riscos e benefícios foram semelhantes para ambos os grupos quando se considera os resultados neonatais adversos compostos. Foram considerados os custos e benefícios para a saúde nos dois locais de parto avaliados, concluindo que, por apresentar menor incidência de intervenções e transfusão de sangue, além de não utilizar serviços de hotelaria, o parto planejado no domicílio pode apresentar custos menores.
<b>Maternidades baseadas em hospital</b>	Menor incidência de cesariana e parto instrumental, maior taxa de parto vaginal espontâneo, menor risco de hemorragia pós-parto grave (4 estudos. Em outros 2 não houve diferença), maior chance de períneo intacto. Sem diferença de risco de morte neonatal. Provável menor custo para o sistema, por menor ocorrência de intervenção e não haver despesas com hotelaria.

Fonte: elaborado pela autora, com dados da CONITEC, 2016.

### 3.3 Assistência ao parto e nascimento por Enfermeiras Obstetras

Em muitos lugares no mundo as *midwives* (Enfermeiras obstetras/ obstetrizes) são as principais prestadoras de assistência às gestantes. Contudo, existe pouca literatura comparando os modelos de assistência obstétrica por profissionais (OLSEN; CLAUSEN, 2013; SANDALL *et al*, 2016).

“Para a OMS, a *midwife*/enfermeira obstetra seria o profissional mais adequado e custo-efetivo para a assistência aos partos de baixo risco, seja no domicílio, centros de parto normal, ou serviços de obstetrícia hospitalares.” (ANS,2008).

No Brasil, a Enfermagem Obstétrica é um dos pilares da Rede Cegonha, estabelecida pelo Ministério da Saúde. E seu credenciamento pelas operadoras de planos de Saúde se tornou obrigatório em 2015 (RESOLUÇÃO ANS 398/2016). A assistência à gestante, o acompanhamento do trabalho de parto e a execução do parto sem anormalidades estão entre as atribuições dos enfermeiros generalistas enquanto integrantes das equipes de saúde, conforme Art. 11 da Lei do exercício profissional da enfermagem, nº7.498/1986, regulamentada pelo decreto nº 94.406.

Além das portarias do Ministério da Saúde no 985/1999, que dispõe sobre CPN (Centros de Parto Normal); Portaria nº 1.459/2011, criação da Rede Cegonha; Lei 12.662, sobre emissão de Declaração de Nascido Vivo - DNV; Portaria nº 371/2014, sobre assistência ao recém-nascido no SUS; Recomendação da 462ª Reunião Ordinária de 18/03/2015, dentre outras, que respaldam o exercício da Enfermagem Obstétrica à assistência ao parto e nascimento, nos ambientes hospitalares ou não, como o PDP (RESOLUÇÃO COFEN nº524/2016).

“Art. 1º Normatizar a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência e estabelecer critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.” (Resolução COFEN nº524/2016).

Países com melhores indicadores de assistência materno-infantil têm em comum uma atuação qualificada da Enfermagem Obstétrica. A assistência de enfermeiras obstétricas e parteiras habilitadas (obstetrizes) está associada ao aumento dos índices de partos normais, redução das intervenções, das complicações e da mortalidade. Com isto, menores as despesas com profissionais e serviços relacionados (COFEN, 2019).

Em 2014, a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS/OMS, juntamente com o Fundo de Populações das Nações Unidas e Confederação Internacional de Parteiras participaram de

maneira conjunta do levantamento dos dados relativos ao “O Estado da Enfermagem Obstetrícia no Mundo – SoWMy - 2014”. Este relatório visou mostrar o progresso da força de trabalho da enfermagem obstétrica, da qualidade dos serviços de enfermagem obstétrica, da cobertura e a relação com a morbimortalidade materna e neonatal. E acabou por revelar, nestes 73 países participantes, déficits na assistência nos países que têm as maiores taxas de morte intraparto ou no puerpério imediato, o que inclui o Brasil, que pela primeira vez participa deste documento.

É importante destacar que para a ocorrência do PDP é necessário que as mulheres atenderam aos critérios de elegibilidade, tais como: desejo pelo PDP; ser classificada como risco obstétrico habitual; gestação única e a termo (37-42 semanas); feto com apresentação cefálica, embora neste estudo há registro de um parto pélvico; a mulher e seu(sua) companheiro(a) e/ou família devem estar de acordo e assinar o Termo de Consentimento Informado antes de iniciar o atendimento ao parto. Além dos critérios de histórico obstétrico e gestação atual; critérios relacionados ao local do parto e nascimento (condições estruturais e logísticas) e necessidade de transferência (meio de remoção e maternidade de escolha) (COLOSSI, 2017).

Para este alinhamento, é importante a confecção do plano de parto. Onde ambos os lados, após discutem de forma clara e precisa todos os assuntos inerentes ao processo do Planejamento do PDP, baseiam a mulher para construção deste documento. Este processo ocorre nas rodas de gestantes, consultas e visitas realizadas anteparto. O cartão de pré-natal e os resultados de exames (laboratoriais, de imagem e físico-obstétrico) são conferidos a cada consulta, conforme preconiza o Caderno de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012).

Cabe às enfermeiras obstetras e mulheres enfrentarem o desafio de construírem juntas a possibilidade do PDP (acompanhamento pré-parto, parto e pós-parto), se corresponsabilizando pelos riscos. Além dos rigorosos critérios para o PDP, é fundamental a equipe estar bem treinada para identificação e pronto tratamento de eventuais complicações que possam surgir intraparto e todos os planos de contingência assegurados (transferência para maternidade referência) (COLOSSI, 2017).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

O presente trabalho é um estudo exploratório e descritivo, com abordagem mista. Através de pesquisas bibliográfica, documental e levantamento de dados através de pesquisa de satisfação. Tem caráter transversal, retrospectiva e prospectiva. Além de uma avaliação econômica descritiva.

### **4.2 Local da pesquisa**

A RMR foi escolhida por ser a principal fonte de obtenção de dados e pelo interesse da pesquisadora para com este tema e municípios, onde exerce suas atividades profissionais.

### **4.3 Amostra**

A amostra da pesquisa é do tipo censitária, pois contou com todas as mulheres que tiveram PDP assistidos pelas equipes de parteiras urbanas, nos anos de 2013 a 2017.

### **4.4 Critérios de inclusão e exclusão**

- Critério de inclusão: todos os PDP assistidas em seu trabalho de parto pelas equipes de parteiras urbanas. Independente de idade, paridade, situação conjugal, financeira, social;
- Critérios de exclusão: PDP acontecidos fora da RMR e sem informação de município.

### **4.5 Aspectos éticos**

A realização da presente pesquisa obedece aos preceitos éticos da Resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). De CAAE nº 18021119.0.0000.5208 e teve o Parecer nº 3.572.623 aprovado em 13/09/2019 pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco.

### **4.6 Coleta de dados**

Os dados foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/UFPE), em prontuários físicos, arquivados, de mulheres que pariram no domicílio, assistidas por equipes de parteiras urbanas.

As equipes são compostas por enfermeiras obstetras que prestam assistência às mulheres durante a gestação, pré-parto, parto e pós-parto, mediante pagamento privado. Variando de 02 a 04 enfermeiras obstetras por mulher/ casal/ família.

Os dados referentes aos aspectos sociais, econômicos, demográficos, clínicos e insumos utilizados foram coletados manualmente, a partir dos prontuários físicos, através de instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE A).

Na segunda etapa, foi aplicado o Questionário de Experiência de Satisfação com o Parto (QESP), já validado por outros estudos e adaptado (APÊNDICE C)

“O QESP é um questionário de auto-relato constituído por um total 104 questões referentes às expectativas, experiência, satisfação e dor relativas ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.” (COSTA *et al.*, 2004).

O mesmo fora aplicado via correio eletrônico (e-mail), através de formulário Google Forms. Só sendo possível sua realização após aceitar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo nome completo, CPF e e-mail.

Destinado a avaliar a experiência de parto da mulher, a utilização adaptada deste questionário, com 28 questões, serviu para a identificação do nível de satisfação com o PDP, bem como a correlação com seus desfechos.

Dos 197 prontuários utilizados neste estudo, 141 continham e-mail na ficha de identificação, foram enviados para todos eles o Formulário do Google, contendo um convite para participar do questionário, uma breve explicação do que se tratava e o TCLE. 12 e-mails voltaram pois não eram válidos e 71 foram respondidos, correspondendo à 55,04% dos 129 e-mails válidos que não voltaram. Apenas 02 negaram participar e 69 responderam o QESP.

#### **4.7 Análise e interpretação dos dados**

Os dados foram analisados, segundo a metodologia de custeio direto, conforme definição de MARTINS (2003), que diz que custos podem “ser diretamente apropriados aos produtos, bastando haver uma medida de consumo”. Para obtenção dos custos de cada um dos 197 procedimentos, foi realizada leitura minuciosa dos prontuários e evoluções de enfermagem, obtendo uma espécie de extrato de materiais utilizados (equipamentos e insumos), via instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A).

Também fora calculada depreciação dos equipamentos, como aparelho sonar com doppler (utilizado para ausculta dos batimentos cardíacos fetais), termômetro, estetoscópio e outros. Para isto, as fichas técnicas dos produtos foram consultadas e definiu-se que seria considerado o período de 24 meses, considerando que a vida útil média é de 18-30 meses e que o uso não é tão intenso quanto numa unidade hospitalar. O número médio de partos assistidos por mês, para ambas as equipes foi de 3,6 partos ( $217 \text{ partos} \div 60 \text{ meses} = 3,6$ ).

Em seguida, estes dados foram planilhados juntamente com a aplicação dos valores obtidos através de orçamentos do mês de agosto de 2019. Combinação de variáveis via GraphPad Prism 6.

Para a utilização do QESP, se fez necessária uma adaptação, reduzindo o número de questões, de 104 para 28. As questões de 01 a 25 (Quadro 4), tratam da satisfação relacionada ao Trabalho de parto, Parto e Pós-parto, tendo quatro opções de respostas. E as questões 26 a 28 (Gráfico 7), que tratavam do nível da dor, com oito opções. Para melhor interpretação, os dados foram dicotomizados da seguinte maneira:

- A) Quanto à satisfação das mulheres: as opções de resposta Nada e Pouco, foram consideradas BAIXO GRAU DE SATISFAÇÃO; Bastante e Muito, foram consideradas ALTO GRAU DE SATISFAÇÃO.
- B) Quanto à dor das mulheres: as opções de resposta Nenhuma, Mínima, Muito Pouca e Pouca, foram consideradas POUCA DOR; as opções Moderada, Bastante e Muita, foram consideradas DOR MODERADA; as opções MUITÍSSIMA, Extrema e A dor jamais imaginada, foram consideradas DOR EXTREMA.

#### 4.7.1 Índice de depreciação VCMH

A metodologia aplicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para obter um índice de cálculo de inflação tem sido a mesma desde 2001 e baseia-se na média dos percentuais de reajuste dos planos coletivos com mais de 30 beneficiários. Essa média ponderada passa por um tratamento estatístico e resulta no índice máximo de reajuste dos planos individuais novos a ser aplicado no período seguinte. Por se tratar de um setor com inúmeras especificidades, a ANS permanece estudando um novo modelo de reajuste, de forma a medir a variação de custos, levando em conta a necessidade de um índice que contemple a heterogeneidade do mercado e que, principalmente, aumente a eficiência do setor, podendo estar associado também à qualidade dos serviços oferecidos ao consumidor (ANS, 2019).

Contudo, a inflação geral, historicamente, fica bem abaixo da inflação média do setor médico. Então, de um modo geral, em escala mundial, o índice de Variação de Custo Médico-Hospitalar (VCMH) é sempre mais elevado que o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Em 2018, o índice de VCMH ficou em 16,9%, enquanto a inflação geral do país, medida pelo IPCA, ficou em 2,7% neste mesmo ano (IESS, 2019). Deste modo, o VCMH foi o deflator utilizado para este trabalho.

$$\text{Valor Corrigido} = \text{Valor Passado} \cdot \frac{\text{Índice Atual (VCMH)}}{\text{Índice Passado (VCMH)}}$$

Então, após planilhados os valores, deflacionados de acordo com o ano através do índice de VCMH, estes foram somados e divididos igualmente para obtenção do custo médio, chegando ao valor *per capita*.

$$\text{Custo Médio (CM)} = \frac{\text{Custo Total (CT)}}{\text{Quantidade (Q)}}$$

Não foram considerados itens de hotelaria e descartáveis como lençóis, toalhas, fraldas geriátricas, lençóis descartáveis, água, energia elétrica ou alimentação, pois são providenciados pela mulher/ família e por isto não entram nos custos da equipe.

Também não estão sendo contabilizadas as horas trabalhadas pelas parteiras, pois, enquanto profissionais independentes e de atuação autônoma, numa perspectiva privada, o valor correspondente à remuneração é a distribuição do lucro do procedimento. Ou seja, não há salário a ser contabilizado e o valor será variado conforme receitas e despesas.

Todas as mulheres tiveram no mínimo uma consulta com a equipe, além do dia do parto. Nem todos os RN receberam Vit. K, pois a ocorrência da administração é de acordo com a escolha da mulher/ casal. O uso da ocitocina profilática (intramuscular) não é rotina, apenas algumas utilizaram. A recarga do cilindro de Oxigênio só acontece quando há utilização, sendo assim contabilizado naquele parto o valor da recarga, bem como o instrumental, que é contabilizado pela disponibilidade, mas que se utilizado haverá o custo adicional pela esterilização.

**Quadro 3** - Montagem de Custo por procedimento relacionado ao parto domiciliar planejado no Recife por ano.

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)				
	2013	2014	2015	2016	2017
Consulta / Avaliação	23,99	22,24	19,71	18,32	20,87
Cuidados RN - sem Vit.K	15,87	14,71	13,04	12,12	13,80
Vit. K	1,77	1,64	1,46	1,35	1,54
10 UI Ocitocina IM	4,03	3,74	3,31	3,08	3,51
Acesso venoso periférico	2,35	2,18	1,93	1,79	2,04
Instrumental	3,70	3,43	3,04	2,83	3,22
Recarga de O2 -1 m <sup>3</sup> (se utilizado)	28,40	26,32	23,33	21,69	24,7
Parto eutócico - sem toque vaginal	107,41	99,55	88,25	82,02	93,41

Fonte: a autora, 2019.

## 5 RESULTADOS

A amostra da pesquisa incluiu todas as mulheres que tiveram PDP assistidos pelas equipes de parteiras urbanas, nos anos de 2013 a 2017, na RMR, num total de 217 prontuários, após excluídos aqueles que não ocorreram na RMR ou não continham dados, fora obtido um N=197, conforme caracterização a seguir.

### 5.1 Caracterização da amostra

#### 5.1.1 Caracterização da amostra de Custos

Os dados mostraram idade mínima de 21 anos e máxima, 41 anos; a maioria absoluta, tinha um companheiro (casadas ou união estável); com nível superior concluído e exerciam atividade remunerada (Tabela 1). Face a tais dados, nota-se que é uma população composta por mulheres jovens, de classe social mais favorecida, com acesso à informação.

**Tabela 1** - Dados sociodemográficos de mulheres que tiveram parto domiciliar planejado na Região Metropolitana do Recife entre 2013 e 2017.

N = 197		
<b>Faixa etária</b>		
18 a 25	32	16,24
26 a 35	135	68,53
36 a 45	21	10,66
Não resp.	9	4,57
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	10	5,08
Casada	99	50,25
União Estável	79	40,10
Outro	6	3,05
Não resp./ Ignorado	3	1,52
<b>Escolaridade</b>		
Ens. Fundamental	3	1,52
Ens. Médio	32	16,24
Ens. Superior	158	80,20
Sem estudo/ Ignorado	4	2,03
<b>Exerce atividade remunerada</b>		

Sim	164	83,25
Não	27	13,71
Não resp./ Ignorado	6	3,05

Fonte: a autora, 2019.

Os municípios de maior ocorrência foram Recife, seguido por Olinda, Jaboatão dos Guararapes e Camaragibe (Tabela 2).

Os dados relacionados à paridade, evidenciam que mais da metade tiveram seu primeiro filho, quase  $\frac{1}{5}$  têm histórico de um (ou mais) abortamento anterior e que 45,65% das multíparas tinham cesariana anterior. O número de consultas com a equipe variou de 1 a 7.

**Tabela 2** - Dados obstétricos das mulheres que tiveram parto domiciliar planejado na Região Metropolitana do Recife entre 2013 e 2017.

N = 197		
<b>Localidade</b>		
Recife	132	67,01
Olinda	28	14,21
Jaboatão dos Guararapes	15	7,61
Camaragibe	15	7,61
Outros	07	3,57
<b>Paridade</b>		
1º filho	104	52,79
2º filho	65	32,99
3º filho ou mais	27	13,71
Não resp.	01	00,51
<b>Cesárea anterior (n=92)</b>		
Não	50	54,35
Sim	42	45,65
<b>Número de consultas com a Equipe de PDP</b>		
1 a 2	128	64,98
3 a 4	49	24,87
5 a 7	20	10,15

Fonte: a autora, 2019.

Todas utilizaram métodos não farmacológicos para o alívio da dor e poucas não tiveram doula no Trabalho de Parto. Das 33 transferências para unidade hospitalar, 14 foram a pedido de analgesia e apenas uma não tinha médico *back up*.

**Tabela 3** - Dados do Trabalho de Parto de mulheres que tiveram parto domiciliar planejado na Região Metropolitana do Recife entre 2013 e 2017.

N = 197		
<b>Idade Gestacional</b>		
<37	06	03,05
37 a 38	42	21,32
39 a 40	120	60,91
>41	28	14,21
Não resp./ Ignorado	01	00,51
<b>Partograma</b>		
Sim	59	29,95
Não	137	69,54
Ignorado	01	00,51
<b>Rotura Espontânea da Bolsa</b>		
Sim	162	82,23
Não	12	06,09
Ignorado	23	11,68
<b>Aspecto do Líquido Amniótico</b>		
Claro	114	57,87
Mecônio	16	08,12
Ignorado	67	34,01
<b>Tempo de Bolsa Rota</b>		
0 a 6h	130	65,99
6h a 12h	21	10,66
12h a 24h	14	07,11
>24h	09	04,57
>48h	01	00,51
>84h	03	1,52
>96h	01	00,51
Não resp./ Ignorado	18	09,14

<b>Número de Toques Vaginais</b>		
Nenhum toque	101	51,57
01	47	23,86
02	24	12,18
03	10	05,08
04	05	02,54
05	01	00,51
Ignorado	09	04,57
<b>Duração do TP</b>		
0 a 6h	105	53,30
6h a 12h	47	23,86
12h a 24h	25	12,69
>24h	06	03,05
Não resp./ Ignorado	14	07,11
<b>Lacerações</b>		
Períneo íntegro	52	26,40
1º grau	51	25,89
2º grau	49	24,87
3º grau	04	02,03
4º grau	02	01,02
Ignorado	39	19,80

Fonte: a autora, 2019.

Do total de 197 mulheres, 39 não tinham informações sobre laceração e sutura. Das 158 que informaram, 32,91% não apresentaram lacerações perineais e apenas 26,58% das que apresentaram lacerações, necessitaram de sutura.

**Tabela 4** - Intercorrências, Transferências e médico beck up de mulheres que tiveram parto domiciliar planejado na Região Metropolitana do Recife, entre 2013 e 2017.

	N = 197	100%
<b>Intercorrências</b>		
Não	140	71,07
Materna	39	19,80
Neonatal	09	04,57
Ignorado	09	04,57
<b>Transferências *</b>		

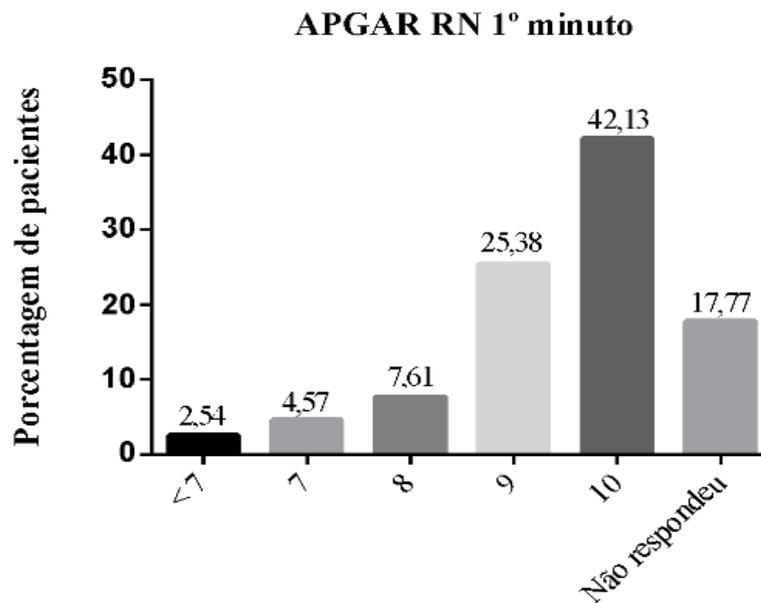
Não	159	80,71
Sim	33	16,75
Ignorado	05	02,54
<b>Possuíam medico (s) <i>beck up</i></b>		
Sim	119	60,41
Não	49	24,87
Não resp./ Ignorado	29	14,72

Fonte: a autora, 2019.

\*Das transferências: 01 de ambulância (RN) e 32 de carro próprio, destas, 14 foram a pedido de analgesia e as demais, por fatores outros, como parada de progressão, a pedido da família ou desistência.

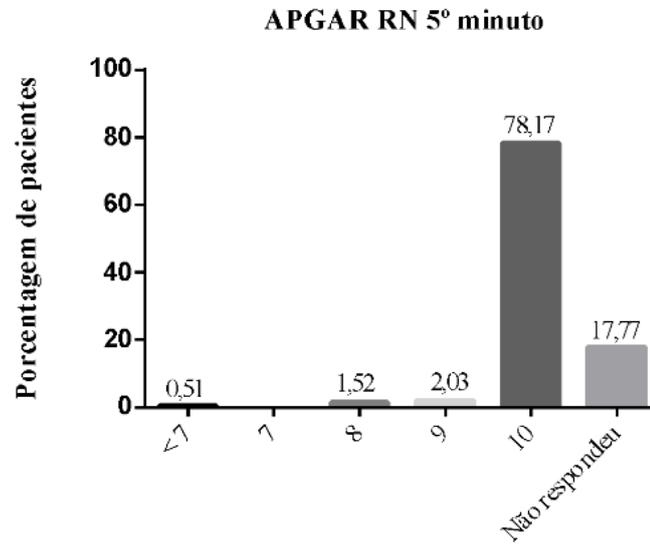
Dados do nascimento (Figuras 1 e 2), apenas um bebê precisou ser transferido para o hospital, o mesmo possuía uma má formação congênita, não vista em ultrassonografia.

**Figura 1** - Índice de Apgar no 1º minuto de bebês nascidos de parto domiciliar planejado na RMR, 2013-2017.



Fonte: a autora, 2019.

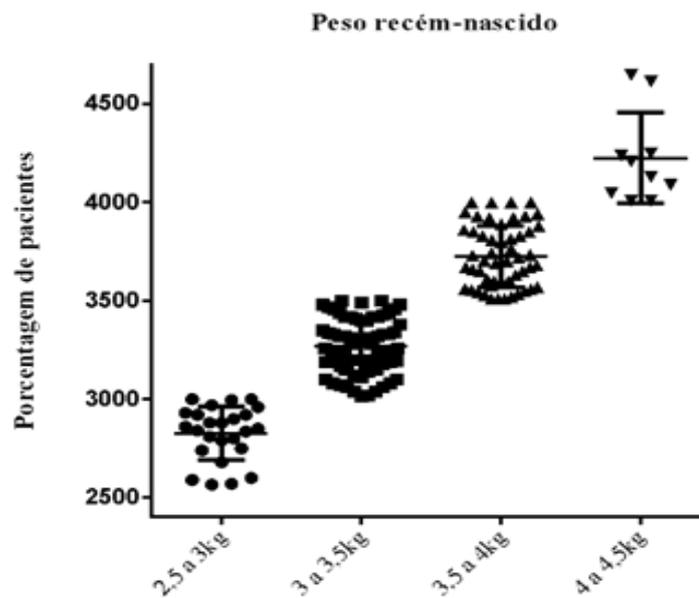
**Figura 2** - Índice de Apgar no 5º minuto de bebês nascidos de parto domiciliar planejado na RMR, 2013-2017.



Fonte: a autora, 2019.

Peso do bebê (Figura 3), dos 197 totais, 157 sabe-se do peso, os demais não haviam registros.

**Figura 3** - Peso de bebês nascidos de parto domiciliar planejado na Região Metropolitana do Recife, entre 2013 e 2017.



Fonte: a autora, 2019.

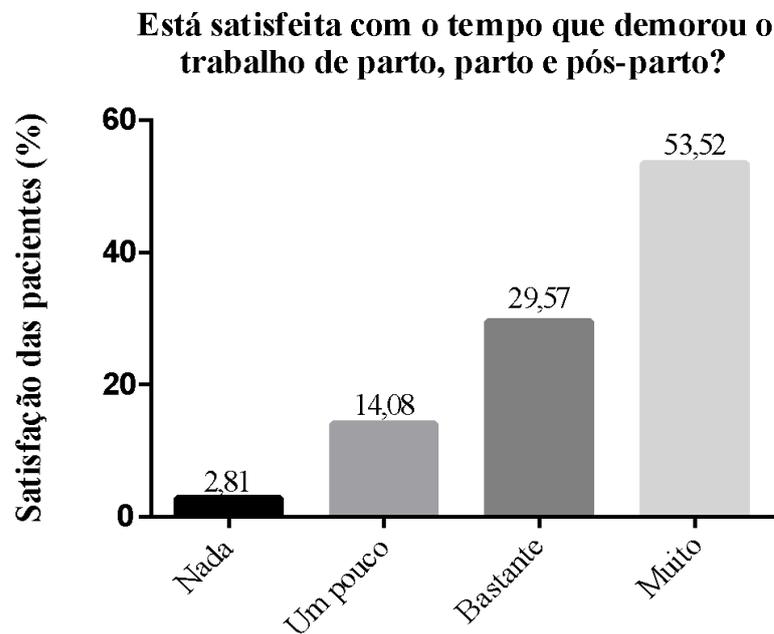
### 5.1.2 Caracterização da amostra QESP e Nível de Satisfação

A amostra para o QESP é a mesma, o que difere é a redução do N, pois, apenas 71, das 197, responderam QESP. Correspondendo à 55,04% dos e-mails válidos enviados.

### 5.2 Nível de satisfação das mulheres com o PDP

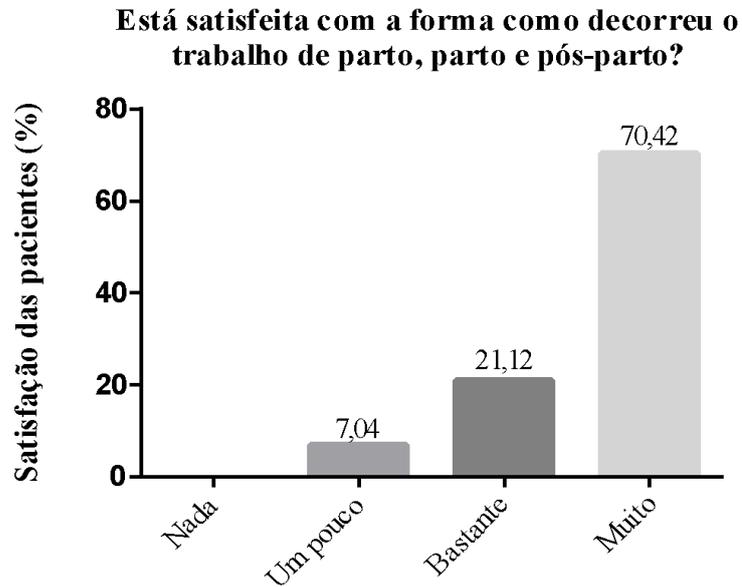
Considerando o impacto que a experiência de parto representa na vida das mulheres em geral, a avaliação da forma como o parto foi vivenciado, pode implicar em melhores ou piores desfechos, conforme as potenciais dificuldades decorrentes de uma má experiência de parto. E talvez apontar para uma necessidade de medidas que favoreçam melhores níveis de satisfação e conseqüentemente de resultados perinatais.

**Figura 4** - Nível de satisfação de mulheres que tiveram Parto Domiciliar Planejado na Região Metropolitana do Recife, com o tempo do Trabalho de parto, Parto e Pós-parto, 2013-2017.



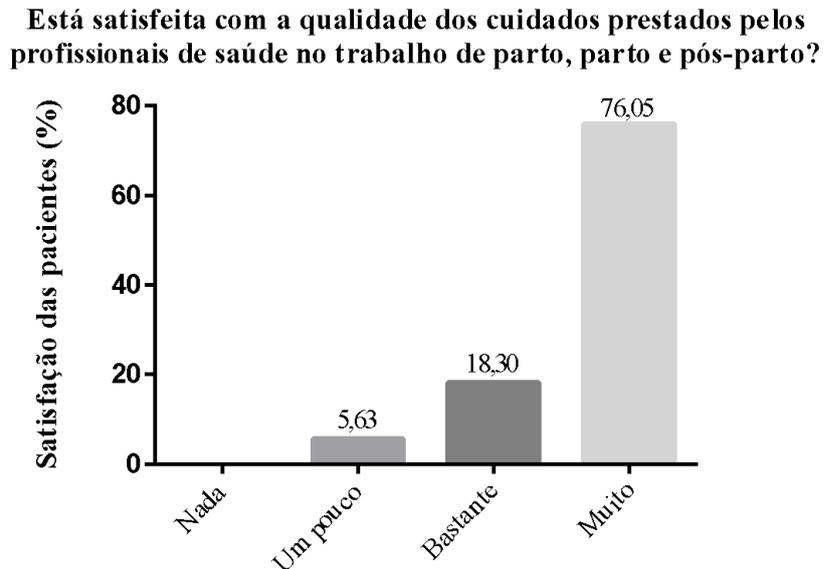
Fonte: a autora, 2019.

**Figura 5** - Nível de satisfação de mulheres que tiveram Parto Domiciliar Planejado na Região Metropolitana do Recife, com a forma que decorreu o Trabalho de parto, Parto e Pós-parto, 2013-2017.



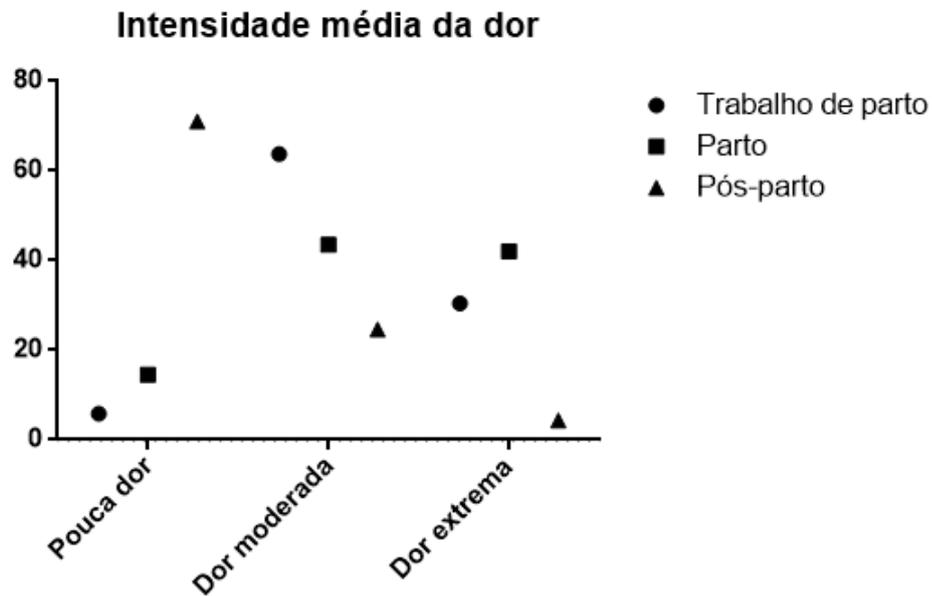
Fonte: a autora, 2019.

**Figura 6** - Nível de satisfação de mulheres que tiveram Parto Domiciliar Planejado na Região Metropolitana do Recife, com a qualidade dos cuidados prestados no Trabalho de parto, Parto e Pós-parto, 2013-2017.



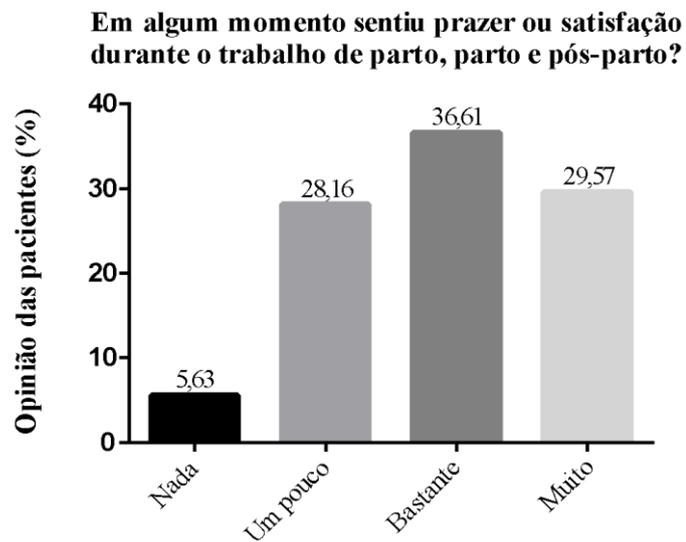
Fonte: a autora, 2019.

**Figura 7** - Intensidade média de dor de mulheres que tiveram Parto Domiciliar Planejado na Região Metropolitana do Recife, 2013-2017.



Fonte: a autora, 2019.

**Figura 8** - Mulheres que tiveram Parto Domiciliar Planejado na Região Metropolitana do Recife, que referiram sentir prazer ou satisfação durante o Trabalho de Parto, Parto e Pós-parto, 2013-2017.



Fonte: a autora, 2019

A intensidade média de dor referida pelas mulheres durante o trabalho de parto foi, em sua maioria (63,77%), dor moderada, seguida de dor extrema (30,43%). A referência de dor durante o parto foi também dor moderada e dor extrema, com valores bem próximos (43,48%

e 42,03%, respectivamente). Enquanto que no pós-parto, a maioria (71,01%) referiu pouca dor e apenas 4,35% referiu dor extrema.

**Quadro 4** - Nível de satisfação de mulheres que tiveram Parto Domiciliar Planejado na RMR, 2013-2017.

<b>Variável</b>	<b>Nível de satisfação</b>
O tempo que demorou o trabalho de parto e parto foi de encontro com as suas expectativas?	59,42%
Usou métodos de respiração e relaxamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto?	85,5%
Sentiu-se confiante, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto?	88,4%
Contou com o apoio do companheiro durante o trabalho de parto, parto e pós-parto?	95,65%
Contou com o apoio de alguém importante para si (familiar ou amigo) durante o trabalho de parto, parto e pós-parto?	89,85%
Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao trabalho de parto, parto e pós-parto?	98,55%
Sentiu medo durante o trabalho de parto, parto e pós-parto?	10,14%
Em algum momento sentiu prazer ou satisfação durante o trabalho de parto, parto e pós-parto?	66,66%
Teve preocupações acerca do seu estado de saúde durante o trabalho de parto, parto e pós-parto?	2,29%
Teve preocupações acerca do estado de saúde do bebê durante o trabalho de parto, parto e pós-parto?	4,35%
Recorda o trabalho de parto, parto e pós-parto como doloroso?	36,23%
Foi capaz de aproveitar plenamente a primeira vez que esteve com o bebê?	94,2%
Está satisfeita com a forma como decorreu o trabalho de parto, parto e pós-parto?	91,3%
Está satisfeita com o tempo que demorou o trabalho de parto, parto e pós-parto?	85,5%
Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no trabalho de parto, parto e pós-parto?	94,2%

Fonte: a autora, 2019. Com base no QESP.

### 5.3 Custos

Os custos com materiais, insumos e equipamentos, sem considerar recursos humanos, foram obtidos individualmente, com menor valor no ano de 2016, custando R\$82,02 e o mais oneroso custou R\$151,01 no ano de 2014.

**Tabela 5** - Comparação de custo per capita de Parto Domiciliar Panejado na RMR com valores pagos pelo SUS, nos anos 2013-2017.

<b>Ano</b>	<b>Custo <i>per capita</i> (valore mínimo e máximo) com PDP na RMR</b>	<b>Valor pago pelo SUS pelo PN + cuidados RN (SEM profissional)</b>	<b>Valor Total pago pelo SUS (hospital + profissional + cuidados RN)</b>
<b>2013</b>	R\$114,05 (R\$107,41-R\$141,30)	R\$322,80	R\$498,60
<b>2014</b>	R\$108,63 (R\$99,54-R\$151,01)	R\$322,80	R\$498,60
<b>2015</b>	R\$93,20 (R\$88,25-R\$125,19)	R\$322,80	R\$498,60
<b>2016</b>	R\$84,72 (R\$82,01-R\$112,29)	R\$322,80	R\$498,60
<b>2017</b>	R\$101,72 (R\$93,41-R\$118,71)	R\$322,80	R\$498,60

Fonte: a autora, 2019, com dados SIGTAP.

## 6 DISCUSSÃO

Os resultados apontam que o número de PDP na RMR é acima dos números encontrados em outros poucos trabalhos nacionais (SP com N=70; SC com N=187; AL com N=72). E que a maioria dos achados é similar aos já publicados em pesquisas realizadas no Brasil e em países desenvolvidos (KOETTKERL *et al.*, 2017).

Quanto às características sociodemográficas, a faixa etária da maioria das mulheres foi menor do que nos estudos internacionais e alguns nacionais (30 a 34 anos) (HOMER *et al.*, 2014; DAVIS *et al.*, 2011; COLACIOPPO *et al.*, 2010). Sendo comparável aos resultados de um estudo na região Sul do país, com mulheres com idade entre 24 e 28 anos (KOETTKERL *et al.*, 2017). O nível de escolaridade elevado, está em conformidade com os estudos nacionais, onde a maioria das mulheres possuíam formação superior (COLACIOPPO *et al.*, 2010; KOETTKERL *et al.*, 2017; MOURA *et al.*, 2019). Quanto mais elevado o nível de formação das mulheres, mais acesso à informação e conhecimento, com isso elas podem questionar os modelos de assistência e escolherem o local que entendem como idealmente seguro e confortável, assim como buscarem por profissionais capacitados e qualificados (FEYER *et al.*, 2013). Uma vez que esta modalidade de atendimento é privada e a elevada escolaridade, já era esperado que a maioria das mulheres desenvolvam atividades remuneradas, por envolver o pagamento do procedimento (JONGE *et al.*, 2009; COLACIOPPO *et al.*, 2010). No Brasil, o número de PDP é bastante pequeno, em 2017, foram 0,67% e neste número estão os partos domiciliares não planejados também (BRASIL, 2017). Em outros países, como Holanda (HENDRIX *et al.*, 2009), Inglaterra (SCHROEDER *et al.*, 2014), Austrália, Nova Zelândia e Canadá, o PDP é parte do Sistema de Saúde.

Os números de mulheres que possuem um companheiro, sejam casadas ou em união estável, também está em consonância com outros dados nacionais (72,22% e 97,1%). (COLACIOPPO *et al.*, 2010; MOURA *et al.*, 2019).

Referente aos dados obstétricos, os achados são que a maioria das mulheres estavam tendo seu primeiro filho, como os demais estudos brasileiros apontam (COLACIOPPO *et al.*, 2010; KOETTKERL *et al.*, 2017), divergindo de dados internacionais, como no estudo de Jonge *et al.* (2009), que comparou 529.688 partos de mulheres de baixo risco conforme locais de nascimento. As consultas de pré-natal com a equipe acontecem após a definição pelo PDP, variando a quantidade de consultas de acordo com a Idade Gestacional que esta decisão ocorre, no mínimo uma consulta prévia ao TP, que ocorre na visita domiciliar, com 36 semanas de gestação.

Um número considerável de mulheres tinha cesárea anterior, não tão expressivo como o estudo de Moura *et al.* (2019), onde 80,6% das mulheres tinham cirurgia cesariana anterior. Contudo, destaca-se que, diferentemente desse estudo, de N quase 3 vezes maior, a maioria absoluta das mulheres daquele estudo, estavam tendo seu 2º ou 3º filho. Quanto às recomendações, com nível de evidência A, o ACOG (2017) diz que a maioria das mulheres com cesariana anterior, são candidatas e devem ser orientadas quanto ao parto normal. E com nível B de evidência, considera razoável que mulheres com duas cesarianas anteriores possam ter o parto normal ofertado, desde que considere outros fatores associados (ACOG, 2017).

Em quase 70% dos trabalhos de parto acompanhados não fora utilizado o partograma e mais da metade da amostra, sem toque vaginal, não houve comparador para tais dado, pois em todos os estudos utilizados não houve registro da ocorrência do uso do partograma, nem registro do número de toques vaginais durante o TP e parto. O uso do partograma, em ambiente hospitalar, faz parte dos documentos mínimos do prontuário para que haja pagamento do internamento. Seu uso é recomendado pela OMS e tornou-se obrigatório em 2015, pela NR 368 da ANS, onde no seu artigo 8º diz que em caso de não utilização do partograma, o mesmo deverá ser substituído por um relatório detalhado, que é o que ocorre em 100% dos casos, mesmo que haja abertura do partograma. Afinal o modelo de assistência ao PDP, diferente de qualquer outro, garante um cuidado um a um, ou mais.

A duração do trabalho de parto foi bem abaixo dos limites máximos recomendados pela CONITEC (2016), sendo para primíparas, entre 08-18h e para multíparas, 05-12h. Em mais de 77% do total a duração da fase ativa foi <12h. Esse fato, provavelmente está associado ao fato das mulheres se sentirem mais à vontade em sua residência, fazendo com que o trabalho de parto transcorra mais rapidamente (BRASIL, 2016).

Quanto ao tipo de rotura das membranas amnióticas, os achados quanto ao procedimento de amniotomia estão abaixo dos encontrados nos estudos brasileiros de Koettkerl *et al.* (2017) e Moura *et al.* (2019), provavelmente pelo perfil menos intervencionista das parteiras. O aspecto do líquido amniótico é pouco discutido, contudo, a ocorrência de mecônio foi menor do que o encontrado por Osava *et al.* (2012), que avaliou 2441 nascimentos quanto aos fatores maternos e neonatais associados à ocorrência de mecônio num CPN em SP, foram 11,9% daquele total.

A idade gestacional no dia do parto apresentadas aqui (60,91% entre 39-40 semanas), correspondem aos achados por Frank (2011), que avaliou 09 PDP assistidos por enfermeiras obstetras, em Cascavel-PR, entre 2009-2010, com média de 39 semanas de gestação no dia do parto. Os demais trabalhos nacionais utilizados, não mencionaram idade gestacional. Jonge *et*

*al* (2009), em seu estudo de coorte retrata a idade gestacional com 74,1% entre 38-40 semanas. Esses achados são semelhantes devido aos critérios de elegibilidade para o PDP.

Quanto à integridade perineal, lacerações e suturas, os achados foram próximos aos de São Paulo (n=70), com 34,8% de períneos íntegros e 47,14% de suturas, com lacerações de 1º e 2º graus apenas; e Santa Catarina (n=135) com 27,3% de períneos íntegros e 59,4% de suturas; pois Maceió (n=72) destacou-se com 77,8% de períneos íntegros e nenhuma laceração maior que 1º grau e não houve suturas (COLACIOPPO *et al.*, 2010; KOETTKERL *et al.*, 2017; MOURA *et al.*, 2019). Provavelmente por haverem poucas intervenções, como a não manipulação perineal ou puxos dirigidos e certamente pela preservação da fisiologia e não agressão desnecessária dos tecidos, não realizando sutura em lacerações não sangrantes, onde as bordas se encontram ou utilizando de outras técnicas para conter sangramentos discretos, como compressão ou crioterapia perineal.

A taxa de transferência por intercorrência (9,64%) foi pouco maior do que os números de SP (5,7%), SC (7,4%) e Maceió (4,2%). Ainda dentro dos números internacionais, como mostra Homer *et al.* (2014), que após coletar dados de 258.161 nascimentos na Austrália, para comparar os resultados perinatais, conforme locais de nascimento. Obtendo o número de 18,6% de transferências de casa para salas de parto. Há também um registro de transferência de RN, em SP, após 6h, por alterações cardíacas.

Os dados do nascimento quanto ao Apgar são quase iguais aos achados de Colacioppo *et al.* (2010) e Koettkerl *et al.* (2017), com todos os RN com Apgar  $\geq 7$  no 5º minuto de vida. Exceto por um RN desse estudo, que nasceu com uma má-formação congênita, não vista em ultrassonografia, que precisou ser reanimado e transferido para o centro cirúrgico. Quanto ao peso dos RN são semelhantes aos obtidos por Colacioppo *et al.* (2010), em SP, a maioria dos bebês nasceram com peso entre 3kg e 3,5kg. Os demais estudos citados, não constam tais dados.

Ao comparar vias de nascimento, um estudo realizado com três maternidades públicas no Rio de Janeiro, concluiu que uma cesariana é 38% mais onerosa do que um parto vaginal e que o principal direcionador de custo em ambos procedimentos foram os recursos humanos, com 89% do custo no parto normal e 81% na cesárea. Sobre o custo total, considerando procedimento e internamento, esse custo permanece maior para as cesarianas, uma vez que tal procedimento demanda maior permanência hospitalar (ENTRINGER *et al.*, 2017).

Embora no presente estudo não tenha sido contabilizado o valor do profissional, por se tratar de uma assistência privada onde o valor dos profissionais é o lucro do procedimento, faz-se necessário demonstrar, de todo modo, que em outros locais o modelo de assistência ao PDP também se apresenta semelhantemente viável.

Como Hendrix *et al.* (2009) realizaram na Holanda, um grande estudo que comparou os custos com PDP e maternidades de curta permanência (CPN). Concluíram que os custos da hospitalização compõem a maior parte dos custos totais, seguido dos custos com profissionais. O grupo de parto hospitalar tem maiores custos totais e os custos com o parto e pós-parto são mais baixos para mulheres que deram à luz em maternidades de curta duração. E que o parto em maternidades de curta duração é mais barato do que o PDP. Mas justifica que mulheres que pariram em casa recebem maior assistência domiciliar da equipe, o que aumenta a despesa. Além de despesas com transferências do domicílio para maternidades, quando necessárias, que também são contabilizadas. O custo de hospitalização não incorre com o grupo aqui estudado, pois toda estrutura de hotelaria e nutrição, por exemplo, já fazem parte da própria habitação daquela mulher/ família.

Uma revisão sistemática, conduzida na Inglaterra, sobre custo-efetividade para locais alternativos planejados de parto para mulheres de baixo risco, avaliou 64.538 partos, entre abril de 2008 e abril de 2010, mostrou que PDP foi associado com significativa redução de custos e uma diminuição significativa nos resultados perinatais adversos evitáveis. E diz que nascimento planejado em casa gerou o maior benefício líquido médio com uma probabilidade de 100% de ser a configuração ideal em todos os parâmetros de rentabilidade. (Schroeder *et al.*, 2014) Muito provavelmente pela assistência mais ecológica da enfermagem obstétrica, voltada à preservação da fisiologia do parto e respeito à liberdade de escolha sobre qualquer aspecto que envolva o bem-estar geral da parturiente. Sendo utilizados insumos, medicações ou equipamentos apenas quando necessários, o que não ocorre em outros modelos de assistência.

Em 2016 foi publicada uma versão atualizada de uma revisão sistemática da Cochrane Library chamada *Midwife-led continuity models of care compared with other models of care for women during pregnancy, birth and early parenting*, que compara a assistência às mulheres em idade fértil, por parteiras e outros profissionais. Incluiu 15 estudos, com 17.674 mulheres. E os resultados para os desfechos primários foram que as mulheres que o modelo de cuidados era liderado por parteiras eram menos propensas a experimentar analgesia, parto com uso do fórceps e óbito. E apresentaram maior probabilidade de parto vaginal espontâneo. Todas as evidências foram classificadas como de alta qualidade. E assim como os resultados desse estudo, a revisão sugere ainda que as mulheres que receberam cuidados por parteiras tiveram menor probabilidade de intervenções e eram mais provavelmente satisfeitas com os resultados adversos do que mulheres que receberam outros modelos de atendimento.

Esse estudo mostra ainda que as intervenções são mínimas e que boas práticas são praticadas em todos os casos. Resultado este que vai contra a realidade obstétrica brasileira,

onde ínfimos 5,6% das mulheres de risco habitual que pariram via vaginal, não tiveram intervenções no TP e parto. Além de terem a liberdade de escolher a posição de parto. Confrontando com os demais cenários brasileiros, que além desta situação, submetem as mulheres a diversos tipos de violências obstétricas, como puxos dirigidos e manobra de Kristeller (36,1%) (FIOCRUZ, 2014).

O respeito aos processos de parir e nascer, certamente é o que melhor contribui para o bem-estar materno e fetal. Os métodos não farmacológicos para o alívio da dor e a presença de acompanhante, estão presentes em todos os casos, alinhados com as recomendações de boas práticas recomendadas pela OMS (WHO, 2018).

É possível associar o alto número de desfechos positivos dos PDP na RMR às tendências internacionais, de menores números de parto instrumental, cesarianas, analgesias, episiotomias, lacerações gerais entre as mulheres que planejaram seus partos domiciliares em comparação com partos ocorridos em CPN extra-hospitalar, por exemplo (CONITEC, 2016).

Existem diversos tipos de bibliografia acerca destes assuntos todos, Sandall *et al.* (2016), numa revisão sistemática da Cochrane, reuniu 15 estudos, envolvendo 17.674 mulheres, onde compara os modelos de atenção prestada por parteira com outros modelos de atenção. A principal limitação deste tipo de estudo é falta de consistência na mensuração da satisfação das mulheres e na avaliação do custo de vários modelos de maternidade, mas mesmo assim, a maioria dos estudos incluídos relatou maior taxa de satisfação materna em modelos de assistência liderados por parteiras, da mesma forma que houve tendência nos efeitos econômicos, comparados com outros modelos de cuidados. É pontuada também como limitação dos estudos, as políticas governamentais e hospitalares que afetam diretamente na atuação e nas estruturas institucionais, causando limitações na atuação das parteiras em alguns contextos. Bem como não haver uma base de dados para PDP disponível, tornando todos os estudos com PDP mais limitado.

Por fim, as experiências de atendimentos das mulheres relatadas nos estudos originais incluem satisfação materna com informações, conselhos, explicações, local do parto e preparação para o parto e nascimento, bem como percepções de escolha para alívio da dor e avaliações do comportamento das cuidadoras, como as variáveis consideradas nesse estudo. E conforme resultados obtidos, os baixos custos com PDP e o alto nível de satisfação das mulheres estão em conformidade com o esperado desse estudo.

## 7 CONCLUSÕES

Ao estudar custos com PDP, foi possível identificar os gastos dos partos, os benefícios e a satisfação com o procedimento, na perspectiva da mulher, identificando as principais variáveis relacionadas. E analisar a experiência de mulheres que tiveram experiências de PDP. A escassez de dados nacionais sobre PDP é um fator limitante para essa discussão, pois seria fundamental para comparar adequadamente os resultados.

Cada país tem suas peculiaridades relacionadas à cultura do parto e nascimento. Sabe-se também que essas variações podem ocorrer de maneira bastante diferenciada dentro de um mesmo país, inclusive. Que como evidenciados em todos os trabalhos acerca de PDP, o acesso à informação é peça-chave para o processo de decisão pelo tipo e local de parto. Que o uso excessivo e desnecessário de tecnologias e procedimentos se tornam danosos para eventos tão minimamente completos, como parto e nascimento. Que a lógica de mercado, aplicada aos serviços de saúde, tem um pesar bastante grande quanto aos cenários obstétricos que se formam e que os gestores dos sistemas de saúde são os responsáveis por contribuir com a melhoria dos indicadores.

Sabe-se ainda, que os valores pagos pelo SUS, de acordo com as tabelas do SIGTAP, não são atualizados há mais de uma década e que mesmo o valor pago por um parto normal ocorrido em hospital é pago em CPN, havendo variação apenas para partos hospitalares, de alto risco ou cesarianas. Deste modo, espera-se este trabalho provoque gestores e pesquisadores quanto à necessidade, possibilidade e viabilidade de estudos e implementação de novos modelos de assistência aos partos e nascimentos. Pois grandes são os desafios advindos do desequilíbrio financeiro entre custo e financiamento da saúde no Brasil.

## **8 PERSPECTIVAS**

A abordagem sobre os custos em saúde torna-se uma necessidade para os sistemas de saúde do mundo todo, pois a contínua produção de tecnologias acaba por transformar processos de trabalho, possibilitando um aumento na eficiência da utilização dos recursos (BRASIL, 2013). Entender que os eventos do Parto e Nascimento não deveriam envolver tantos custos desnecessários. Ter a tecnologia à disposição para quando se fizer necessária sua utilização é o modo mais inteligente de se utilizar, podendo chamar de ótimo.

Com estes dados espera-se que seja esclarecido, mesmo que de modo mínimo, que é possível otimizar o uso dos recursos da saúde (seja na saúde pública ou suplementar). Considerando que saberes profissionais são tecnologias de cuidados de saúde, investir em recursos humanos, mão de obra especializada, pode resultar em economia para os serviços de saúde. Auxiliando na diminuição das taxas de morbimortalidade materna e neonatal, conseqüentemente, nos índices de internamentos, de medicalização, no aumento da satisfação das mulheres e na garantia do direito de escolha do local de parto, conforme OMS sugere.

## REFERÊNCIAS

- ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/texto\\_lei\\_pdf.php?id=2172](http://www.ans.gov.br/texto_lei_pdf.php?id=2172). Acesso em: 15 fev. 2019.
- ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. NR nº 368 de 03 de janeiro de 2015. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==> Acesso em: 15 fev. 2019.
- ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa no 398/2016.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas** - Rio de Janeiro: ANS, 2008, p. 14.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Protocolo. Relatório de Recomendação.** Brasília: CONITEC, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Protocolo. Relatório de Recomendação.** no 211. Brasília: CONITEC, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Introdução à Gestão de Custos em Saúde. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 1.459 de 24/06/2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia de Saúde. **Programa Nacional de Gestão de Custos: manual técnico de custos - conceitos e metodologia.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia de Saúde. **Programa Nacional de Gestão de Custos: manual técnico de custos - conceitos e metodologia.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **OMS apoia designar 2020 o ano das enfermeiras obstétricas e parteiras.** Disponível em [http://www.cofen.gov.br/oms-apoia-designar-2020-o-ano-das-enfermeiras-obstetricas-e-parteiras\\_6\\_8790.html](http://www.cofen.gov.br/oms-apoia-designar-2020-o-ano-das-enfermeiras-obstetricas-e-parteiras_6_8790.html) Acesso em: 15 fev. 2019.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Normativa no 516/2016 - Alterada pela resolução COFEN nº524/2016**. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016\\_41989.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html). Acesso em: 15 fev. 2019.

COLACIOPPO, PM; KOIFFMAN, MD; RIESCO, MLG; SCHNECK, CA; OSAV, RH. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 2, p. 81-90, 2010.

COLOSSI, Leticia. **Crêterios de Elegibilidade das Mulheres para o Atendimento ao Parto Domiciliar Planejado: Proposta de um Protocolo**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

DAVIS, Deborah *et al.* Planned place of birth in New Zealand: does it affect mode of birth and intervention rates among low-risk women?. **Birth**, v. 38, n. 2, p. 111-119, 2011.

FEYER, Iara Simoni Silveira; MONTICELLI, Marisa; KNOBEL, Roxana. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 2, p. 298-305, 2013.

FIOCRUZ. Nascer no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S5-S5, 2014.

FRANK, Tatianne Cavalcanti; PELLOSO, Sandra Marisa. Parto domiciliar planejado acompanhado por enfermeiras: vivências das mulheres. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2011.

HOMER, Caroline SE *et al.* Birthplace in New South Wales, Australia: an analysis of perinatal outcomes using routinely collected data. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 14, n. 1, p. 206, 2014.

IBGE. **Portal Cidades**. Recife, Panorama. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/recife/panorama> acesso em: 19 fev. 2019.

JOHNSON, Kenneth C.; DAVISS, Betty-Anne. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. **Bmj**, v. 330, n. 7505, p. 1416, 2005.

JONES, Ricardo. **Memórias do Homem de Vidro: Reminiscências de um Obstetra Humanista**. 3. ed. Porto Alegre: Idéias a Granel, 2012. 278 p.

JONGE, Ank *et al.* Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 116, n. 9, p. 1177-1184, 2009.

MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de Custos**. 9. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2003.

MOURA, Reinaldo Dos Santos *et al.* Perfil obstétrico e neonatal dos partos naturais planejados assistidos por enfermeiros obstetras. **Ciencia y enfermeria**, v. 25, 2019.

OLIVEIRA, Fabiane Azevedo de; PROGIANTI, Jane Márcia; PEREGRINO, Antonio Augusto de Fritas. Custos diretos do parto envolvidos com a prática obstétrica de enfermagem em Casa de Parto. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 3, p. 421-427, 2014.

OLSEN, Ole; CLAUSEN, Jette A. Planned hospital birth versus planned home birth (review). **Cochrane Library Database of Systematic Reviews**, 2013.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático**. 1996.

COSTA, R. *et al.* Questionário de experiência e satisfação com o parto (QESP). **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 5, n. 2, p. 159-187, 2004.

**Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2019.

**Resolução 510 de 07 de abril de 2016.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2019.

SANDALL, Jane *et al.* Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 4, 2016.

Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/information>. Acesso em: 15 fev. 2019.

SCARF, Vanessa *et al.* Costing alternative birth settings for women at low risk of complications: a systematic review. **PloS one**, v. 11, n. 2, p. e0149463, 2016.

SCHROEDER, Elizabeth *et al.* Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study. **Bmj**, v. 344, p. e2292, 2012.

SIGTAP- Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>. Acesso em: 15 fev. 2019.

SILVA, Ana Carolina Lima *et al.* Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/44139>. Acesso em: 13 fev. 2019.

SOUZA, Joao P. *et al.* Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. **BMC medicine**, v. 8, n. 1, p. 71, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cesarean section without medical indication increases risk of short-term adverse outcomes for mothers**. Department of Reproductive Health and Research, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization; 2018.

## APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nº \_\_\_\_\_ Equipe: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_ Iade: \_\_\_\_\_

Cidade RMR: \_\_\_\_\_ Grau instrução: \_\_\_\_\_

Atividade remunerada: ( ) Sim ( ) Não

**01. Estado civil?**

( ) Solteira ( ) Casada ( ) União estável ( ) Outro: \_\_\_\_\_

**02. Paridade?**

G\_\_\_ P\_\_\_ (PN:\_\_\_ Cesa:\_\_\_) A\_\_\_

**03. Teve Doula?** ( ) Sim ( ) Não

**04. Número de consultas pré-natal com equipe PDP?** Nº \_\_\_\_\_

**05. Partograma** ( ) Sim ( ) Não

**06. Idade gestacional?** IG \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

**07. Tempo Trabalho de Parto?** Tempo: \_\_\_\_\_

**08. Tempo de Bolsa Rota?** Tempo: \_\_\_\_\_

**09. Aspecto do Líquido Amniótico** ( ) Claro ( ) Mecônio \_\_\_\_\_

**10. Métodos não farmacológicos para alívio da dor?** ( ) Não ( ) Sim

**11. Número de Toques Vaginais?** \_\_\_\_\_

**12. Delivramento placenta:** Tempo: \_\_\_\_\_

**13. Peso RN:** \_\_\_\_\_

**14. APGAR** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**15. Lacerações?** ( ) Não ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau ( ) 4º grau

**16. Sutura?** ( ) Não ( ) Sim

**17. Intercorrências?** ( ) Não ( ) Materna ( ) Neonatal

**18. Qual?**

Anteparto: ( ) SFNT ( ) Distócia ( ) Mecônio ( ) Outra: \_\_\_\_\_

Pós-parto: ( ) HPP ( ) Urgência neonatal ( ) Outra: \_\_\_\_\_

**19. Transferência?** ( ) Sim ( ) Não

**20. Motivo:** ( ) Urgência neonatal ( ) Urgência materna ( ) Outro - motivo: \_\_\_\_\_

**21. Tinha equipe *backup*?**

( ) Não ( ) Sim Profissionais? \_\_\_\_\_

## 22. Check list de materiais para atendimento de parto domiciliar planejado

### Exame físico e obstétrico

Material	Valor (R\$)	Quant.	TOTAL (R\$)
Sonnar com Doppler Portátil			
Esfigmomanômetro			
Estetoscópio			
Termômetro			
Gel condutor			
Fita teste - Labstix			
Aparelho para glicemia capilar			
Fita de glicemia capilar			
Fita métrica			
Luva de toque vaginal (estéreis)			
Luvas de procedimento			
Oxímetro de pulso			
Relógio de ponteiro			
TOTAL (R\$)			

### Assistência ao Trabalho de Parto e Parto

Material	Valor (R\$)	Quant.	TOTAL (R\$)
Compressas estéreis			
Campos estéreis			
Termômetro para água			
Luva longa para parto na água			
Peneira			
Gazes estéreis			
Fralda geriátrica			
Lençol absorvente			
Preservativo masculino			
Clamp de cordão umbilical			
Fio catgut 3-0 e 2-0 ou VICRYL			
Espéculo vaginal			
Prolongamentos de látex de 1 metro ou mais			
Equipo com copo flexível			
Polifix 02 vias			
Agulha 40X12, 25X07, 30X08, de insulina			
Seringa 60 ml, 10 ml, 20 ml, 01 ml, 03 ml			
Sonda aspiração 08, 10 e 14			
Sonda vesical de demora			
Sonda vesical de alívio			
Cânula de Guedel			
Algodão			
Esparadrapo			
Micropore			
Álcool 70%			
Abocath / jelco			
TOTAL (R\$)			

<b>Medicações</b>	<b>Valor (R\$)</b>	<b>Quant.</b>	<b>TOTAL (R\$)</b>
Ocitocina 5UI			
Methergin			
Terbutalina			
Água destilada 10 ml			
Vitamina K			
Lidocaína 1% sem vasoconstritor			
Soro glicosado 5%			
Soro fisiológico 0,9% 500ml			
Soro fisiológico 0,9% 1000ml			
Ringer 1000ml			
Soro fisiológico 0,9% 10 ml			
<b>TOTAL (R\$)</b>			

<b>Insumos diversos</b>	<b>Valor (R\$)</b>	<b>Quant.</b>	<b>TOTAL (R\$)</b>
Formulários			
Mala			
Banqueta para parto			
Manta térmica			
Oxímetro neonatal			
Estetoscópio neonatal			
Tábua reanimação neo			
Aspirador portátil			
Balão auto-inflável 500ml c/ máscara termo			
Máscara pré-termo			
Balão auto-inflável com máscara adulto			
Oxigênio portátil - cilindro com rodas			
Régua antropométrica recém-nascido			
Balança portátil			
Pilhas para sonnar			
<u>Pacote 01 - Clampeamento</u> Pinças: 02 kelly 14 ou 16 cm 01 tesoura metzembauer ou mayo 20 cm			
<u>Pacote 02 - Sutura</u> 01 tesoura metzembauer ou mayo 20 cm 01 porta agulha 01 cherron 01 dente de rato 01 anatômica 01 cuba redonda			
<b>TOTAL (R\$)</b>			

## APÊNDICE B – QUESP VIA GOOGLE FORMS

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - CCSA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE - PPGES

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos a Sra. para participar como voluntária da pesquisa AVALIAÇÃO ECONÔMICA DE PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE: UMA ANÁLISE DE VIABILIDADE DE MODELO, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Mirele Pacheco de Freitas, Endereço: Rua Jorge de Lima, 245 – A604, Imbiribeira, Recife-PE, CEP 51160-070 – Telefone: (81) 99880.9575 – Email: [mirelepf@gmail.com](mailto:mirelepf@gmail.com).

Tendo como orientador: Prof. DR. Moacyr Jesus Barreto de Melo Rêgo, Telefone: (81) 99794.3799 – email: [moacyr.rego@gmail.com](mailto:moacyr.rego@gmail.com) e coorientadoras: MS. Priscyla de Oliveira Nascimento Andrade, Telefone: (81) 99979.3099 – email: [pricila\\_nas@yahoo.com.br](mailto:pricila_nas@yahoo.com.br) e MS. Renata Virgínia Cavalcanti Santos, Telefone: (81) 98287.0630 - email: [renata.vcsantos@gmail.com](mailto:renata.vcsantos@gmail.com).

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que ASSINALE a opção “SIM”.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se, assinalando a opção “NÃO”. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade. Basta enviar um e-mail para a Pesquisadora Responsável, informando a desistência.

### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

**DESCRIÇÃO DA PESQUISA:** trata-se de um levantamento de custos com Parto Domiciliar Planejado na Região Metropolitana do Recife, justificada pela ausência de estudos nesta área, objetivando analisar a viabilidade deste modelo de assistência e o grau de satisfação das mulheres que tiveram seus partos assistidos em casa.

A coleta de dados ocorrerá em duas etapas: a primeira é através de dados dos prontuários, relacionados aos custos e a segunda etapa é a pesquisa de satisfação via Questionário online.

Esta pesquisa levará aproximadamente 5 minutos para ser realizada. O questionário é adaptado e possui apenas 28 questões relacionadas à experiência, grau de satisfação e de dor.

**RISCOS:** na primeira etapa, a pesquisa não terá riscos diretos para as pacientes, visto que será realizada coleta apenas com dados dos prontuários e é garantido o sigilo e o anonimato de todas as mulheres. Os riscos indiretos estão associados à perda de confidencialidade dos dados, porém estão minimizados, pois as análises de dados serão realizadas de forma que as participantes não terão quaisquer dados que permitam sua identificação divulgados em relatórios, apresentações ou artigos produzidos a partir dos resultados. Os riscos da segunda etapa, compreendem possibilidade de constrangimento e de fatores emocionais, que poderão

ser evitados através dos esclarecimentos prévios, bem como da possibilidade de desistência em qualquer momento da pesquisa.

**BENEFÍCIOS:** identificar os custos do PDP e formular documento que poderá ser utilizado como subsídio para gestores de instituições de saúde e equipes autônomas de PDP. Além de reforçar positivamente para a garantia da utilização do direito de escolha pelo local do parto e a melhora da assistência. Podendo alcançar um maior número de mulheres (famílias), com o acesso à um parto domiciliar planejado.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, ficarão armazenados so a responsabilidade da pesquisadora Mirele Pacheco de Freitas, declara que os dados coletados nesta pesquisa através dos instrumentos das coletas impressos e integralmente preenchidos, serão armazenados em pastas físicas e as tabelas e gráficos em mídia, sob responsabilidade do orientador, no endereço: Centro de Ciências Sociais Aplicadas – CCSA, Departamento de Economia, Av. dos Economistas S/N – Cidade Universitária, CEP 50670-901, Recife-PE, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: [cepccs@ufpe.br](mailto:cepccs@ufpe.br)).

**\*Obrigatório**

Endereço de e-mail \*

Seu e-mail

NOME COMPLETO \*

Sua resposta

CPF \*

Número

VOCÊ ACEITA PARTICIPAR DESTA PESQUISA? \*

SIM

NÃO

## APÊNDICE C - QESP - QUESTIONÁRIO DE EXPERIÊNCIA E SATISFAÇÃO COM O PARTO (ADAPTADO)

**De duração aproximada de 05 (cinco) minutos para responder.**

01. O trabalho de parto, parto e pós-parto decorreu de encontro com as suas expectativas?
02. A dor que sentiu no trabalho de parto, parto e pós-parto foi de acordo com a expectativa?
03. A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no trabalho de parto, parto e pós-parto foi de acordo com as suas expectativas?
04. O tempo que demorou o trabalho de parto e parto foi de encontro com as suas expectativas?
05. O tempo que demorou a tocar e pegar no bebê, após o parto, foi de encontro às suas expectativas?
06. Usou métodos de respiração e relaxamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto?
07. Os métodos de respiração e relaxamento ajudaram durante o trabalho de parto, parto e pós-parto?
08. Sentiu-se confiante, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto?
09. Contou com o apoio do companheiro durante o trabalho de parto, parto e pós-parto?
10. A ajuda do seu companheiro foi útil durante o trabalho de parto, parto e pós-parto?
11. Contou com o apoio de alguém importante para si (familiar ou amigo) durante o trabalho de parto, parto e pós-parto?
12. Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao trabalho de parto, parto e pós-parto?
13. Sentiu medo durante o trabalho de parto, parto e pós-parto?
14. Em algum momento sentiu prazer ou satisfação durante o trabalho de parto, parto e pós-parto?
15. Quantidade de mal-estar durante o trabalho de parto, parto e pós-parto?
16. Teve preocupações acerca do seu estado de saúde durante o trabalho de parto, parto e pós-parto?
17. Teve preocupações acerca do estado de saúde do bebê durante o trabalho de parto, parto e pós-parto?
18. Recorda o trabalho de parto, parto e pós-parto como doloroso?
19. Foi capaz de aproveitar plenamente a primeira vez que esteve com o bebê?
20. Qual o grau de preocupação do companheiro perante a sua dor?
21. Em geral, qual é o nível de interferência da sua dor nas atividades do dia-a-dia?
22. Até que ponto a sua dor interferiu na capacidade para participar em atividades recreativas e sociais?
23. Está satisfeita com a forma como decorreu o trabalho de parto, parto e pós-parto?
24. Está satisfeita com o tempo que demorou o trabalho de parto, parto e pós-parto?
25. Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no trabalho de parto, parto e pós-parto?
26. Intensidade média de dor durante o trabalho de parto?
27. Intensidade média de dor durante o parto?
28. Intensidade média de dor durante o pós-parto?

## APÊNDICE D - CARTA DE ANUÊNCIA



**DEMÁTER  
PARTERIA URBANA**

### CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins, que aceito a pesquisadora **Mirele Pacheco de Freitas**, a desenvolver o seu projeto de pesquisa: **Avaliação econômica de parto domiciliar planejado na região metropolitana do Recife: uma análise de viabilidade de modelo**, que está sob a coordenação/orientação do Prof. Dr. Moacyr Jesus Barreto de Melo Rêgo cujo objetivo é Levantar os custos com parto domiciliar planejado por uma equipe do Recife, nas Equipes DeMáter e Parteria Urbana.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, conforme Resoluções 466/12 e 510/16 comprometendo-se utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, em 12 de julho de 2019.

**TATIANNE CAVALCANTI FRANK**

COREN/PE 89.108

COORDENADORA DAS EQUIPES DEMÁTER E PARTERIA URBANA

## APÊNDICE E - TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

**Título do projeto:** Avaliação econômica de parto domiciliar planejado na região metropolitana do Recife: uma análise de viabilidade de modelo

**Pesquisador responsável:** Mirele Pacheco de Freitas

**Instituição/Departamento de origem do pesquisador:** Centro de Ciências Sociais Aplicadas – CCSA, Departamento de Economia, Av. dos Economistas S/N – Cidade Universitária, CEP 50670-901, Recife-PE.

**Telefones para contato:** (81) 2126-8888 / (81) 998809575

**E-mail:** mirelepf@gmail.com

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- Garantir que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/UFPE e que os dados coletados serão armazenados pelo período mínimo de 5 anos após o término da pesquisa;
- Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados serão estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificá-los;
- Garantir o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais, além do devido respeito à dignidade humana;
- Garantir que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão anexados na Plataforma Brasil, sob a forma de Relatório Final da pesquisa;

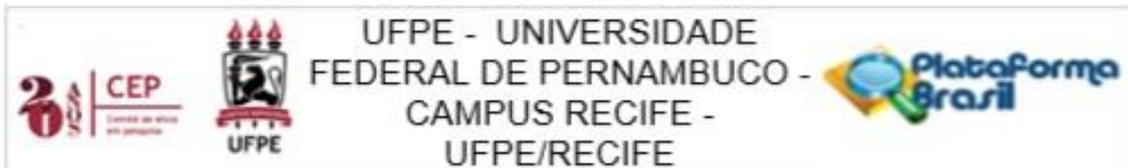
Recife, 12 julho de 2019.

*Mirele Pacheco de Freitas.*

---

**Assinatura Pesquisador Responsável**

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/ UFPE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO ECONÔMICA DE PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE: UMA ANÁLISE DE VIABILIDADE DE MODELO

**Pesquisador:** MIRELE PACHECO DE FREITAS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 18021119.0.0000.5208

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.572.623

#### **Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto que terá finalidade básica de abordagem quantitativa; caracterizada com objetivos exploratório e descritivo; através de pesquisas bibliográficas, documental e levantamento de dados através de pesquisa de satisfação; de caráter transversal, retrospectiva e prospectiva. Além de uma avaliação econômica descritiva.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Levantar os custos com o parto domiciliar planejado pelas equipes DeMáter e Partería Urbana, bem como avaliar a experiência e satisfação, das mulheres com o local do parto.

**Objetivo Secundário:**

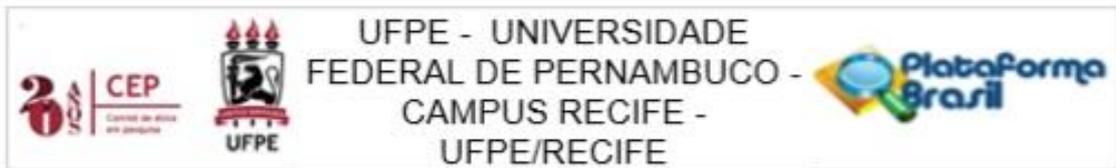
Levantar custos diretos com Parto Domiciliar Planejado; Comparar os custos com outros locais e vias de nascimento; Identificar variáveis relacionadas ao nível de satisfação.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Na primeira etapa, a pesquisa não terá riscos diretos para as pacientes, visto que será realizada coleta apenas com dados dos prontuários e é garantido o sigilo e o anonimato de todas as

<b>Endereço:</b> Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde	
<b>Bairro:</b> Cidade Universitária	<b>CEP:</b> 50.740-600
<b>UF:</b> PE	<b>Município:</b> RECIFE
<b>Telefone:</b> (81)2126-8588	<b>E-mail:</b> cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.572.623

mulheres. Os riscos indiretos estão associados à perda de confidencialidade dos dados, porém estão minimizados, pois as análises de dados serão realizadas de forma que as participantes não terão quaisquer dados que permitam sua identificação divulgados em relatórios, apresentações ou artigos produzidos a partir dos resultados. Os riscos da segunda etapa, compreendem possibilidade de constrangimento e de fatores emocionais, que poderão ser evitados através dos esclarecimentos prévios, bem como da possibilidade de desistência em qualquer momento da pesquisa.

**Benefícios:**

Identificar os custos do PDP e formular documento que poderá ser utilizado como subsídio para gestores de instituições de saúde e equipes autônomas de PDP. Além de reforçar positivamente para a garantia da utilização do direito de escolha pelo local do parto e a melhora da assistência. Podendo alcançar um maior número de mulheres (famílias), com o acesso à um parto domiciliar planejado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto interessante visto que a assistência obstétrica atual passa por várias transformações e debater os aspectos econômicos e satisfação das mulheres é essencial para o planejamento de estratégias futuras.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

estão adequados

**Recomendações:**

todas as solicitações foram atendidas. sem recomendações

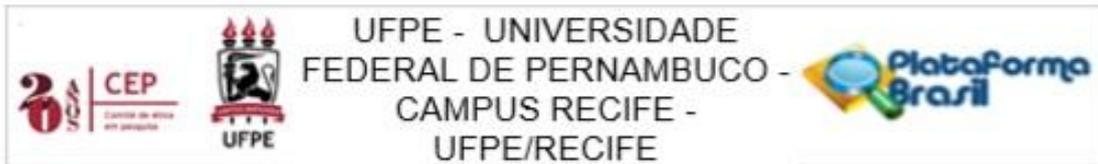
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

APROVADO

**Considerações Finais a critério do CEP:**

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.572.623

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1403476.pdf	09/09/2019 13:42:23		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	09/09/2019 13:41:39	MIRELE PACHECO DE FREITAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_.pdf	09/09/2019 12:04:42	MIRELE PACHECO DE FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_.pdf	09/09/2019 12:03:55	MIRELE PACHECO DE FREITAS	Aceito
Outros	TERMO_CONFIDENCIALIDADE_.pdf	30/07/2019 09:08:19	MIRELE PACHECO DE FREITAS	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA.pdf	29/07/2019 22:51:37	MIRELE PACHECO DE FREITAS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	29/07/2019 22:48:01	MIRELE PACHECO DE FREITAS	Aceito
Outros	Declaracao_Matriculada.pdf	26/07/2019 12:10:23	MIRELE PACHECO DE FREITAS	Aceito

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepcca@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.572.623

Outros	LattesRenataCavalcanti.pdf	26/07/2019 12:07:30	MIRELE PACHECO DE FREITAS	Aceito
Outros	LattesPriscylaAndrade.pdf	26/07/2019 12:07:16	MIRELE PACHECO DE FREITAS	Aceito
Outros	LattesMoacyrRego.pdf	26/07/2019 12:07:05	MIRELE PACHECO DE FREITAS	Aceito
Outros	LattesMirelePacheco.pdf	26/07/2019 12:06:50	MIRELE PACHECO DE FREITAS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 13 de Setembro de 2019

---

Assinado por:  
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br