

O PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: UMA REVISÃO DE ESCOPO**PLANNED HOME BIRTH: A SCOPE REVIEW****PARTO EN CASA PLANIFICADO: UNA REVISIÓN DEL ALCANCE**

Laena Costa dos Reis¹
Diego Pereira Rodrigues²
Leila Fernanda Silva de Oliveira³
Valdecyr Herdy Alves⁴
Giovanna Rosario Soanno Marchiori⁵
**Tatiana Socorro dos Santos
Calandrini⁶**
Brenda Caroline Martins da Silva⁷

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará. Belém/PA, Brasil. E-mail: laenacosta@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5042-1370>.

² Enfermeiro. Professor Adjunto da Universidade Federal do Pará. Belém/PA, Brasil. E-mail:

diego.pereira.rodrigues@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8383-7663>.

³ Graduada em Enfermagem pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará. Belém/PA, Brasil. E-mail: leilafernandasoliveira@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2874-5341>.

⁴ Enfermeiro. Professor Titular da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Departamento Materno Infantil Psiquiátrico. Niterói/RJ, Brasil. E-mail: herdyalves@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8671-5063>.

⁵ Enfermeira. Professora Adjunta da Universidade Federal de Roraima, Boa Vista/RR, Brasil. E-mail: giovannasoanno@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0498-5172>.

⁶ Enfermeira. Professora Adjunta da Universidade Federal do Amapá, Macapá/AP, Brasil. E-mail: calandrinitatiana@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2807-2682>.

⁷ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará. Belém/PA, Brasil. E-mail: carol.brenda1994@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3474-2921>.

Autor correspondente

Diego Pereira Rodrigues
Endereço: AV DR. FREITAS, 1228, ap. 402, BL. Albatroz, Condomínio Torres Dumont, Belém - PA. Brasil. CEP: 66087-810. Telefone: +55(91) 988244126 E-mail: diego.pereira.rodrigues@gmail.com

Submissão: 23-06-2023

Aprovado: 22-06-2024

<https://doi.org/10.31011/reaid-2024-v.98-n.3-art.1906> Rev Enferm Atual In Derme 2024;98(2): e024354

**RESUMO**

Objetivo: mapear os conceitos existentes em relação ao parto domiciliar planejado. Métodos: revisão de escopo realizada nas bases de dados em enfermagem: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Cochrane Database of Systematic Reviews, Scopus, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature e The Scientific Electronic Library Online. Resultados: obteve 15 estudos sobre o parto domiciliar planejado, retratando o perfil de mulheres e os desfechos maternos e neonatais, os profissionais de saúde na assistência ao parir em casa, com foco na expertise e qualificação, e a escolha e vivência das mulheres no parto domiciliar. Pois, o direito à informação qualificada para tomada de decisão da mulher constitui um alicerce para a efetivação do parto domiciliar planejado. Conclusão: tornam-se necessárias as políticas públicas que garantam o acesso e direito das mulheres em parir em domicílio, com apoio de profissionais de saúde qualificados, com foco no respeito, com assistência individualizada e integral.

Palavras-chave: Mulheres; Gravidez; Parto Domiciliar; Tocologia; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to map the existing concepts in relation to planned home birth. Methods: scope review performed in nursing databases: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Cochrane Database of Systematic Reviews, Scopus, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature and The Scientific Electronic Library Online. Results: obtained 15 studies on planned home birth, portraying the profile of women and maternal and neonatal outcomes, health professionals in home birth care, focusing on expertise and qualification, and the choice and experience of women in home birth. Therefore, the right to qualified information for the woman's decision-making is a foundation for carrying out the planned home birth. Conclusion: public policies are necessary to guarantee women's access and right to give birth at home, with the support of qualified health professionals, focused on respect, with individualized and comprehensive care.

Keywords: Women; Pregnancy; Home Childbirth; Midwifery; Health Services.

RESUMEN

Objetivo: mapear los conceptos existentes en relación al parto domiciliar planificado. Métodos: Revisión de alcance realizada en bases de datos de enfermería: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Cochrane Database of Systematic Reviews, Scopus, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature y The Scientific Electronic Library Online. Resultados: se obtuvieron 15 estudios sobre parto domiciliar planeado, retratando el perfil de las mujeres y resultados maternos y neonatales, profesionales de salud en la asistencia domiciliar al parto, con foco en la especialización y calificación, y la elección y experiencia de las mujeres en el parto domiciliar. Por lo tanto, el derecho a la información calificada para la toma de decisiones de la mujer es un fundamento para la realización del parto domiciliar planificado. Conclusión: son necesarias políticas públicas que garanticen el acceso y el derecho de la mujer al parto en el domicilio, con el apoyo de profesionales de salud calificados, enfocados en el respeto, con atención individualizada e integral.

Palabras clave: Mujeres; Embarazo; Parto Domiciliario; Partería; Servicios de Salud.

INTRODUÇÃO

No Brasil, desde meados dos anos 1990, ocorreu verdadeira epidemia de cesarianas que podem ser constatadas pelo aumento das taxas ao longo dos anos, que passaram de 14,5%, em 1970, para mais de 50%, em 2010⁽¹⁾. Até 2014, as cesarianas cresceram 67% no país, tornando o principal método de nascimento⁽²⁾. O Brasil está ocupando desde 2015, o segundo lugar de maiores países com taxa de cesariana, com 55%, em que somente a República Dominicana (58,1%) apresenta maiores índices na América Latina, seguidos por Venezuela (52,4%), Chile (46,6%), Colômbia (45,95%), Paraguai (45,9%), Equador (45,5%), México (40,7%) e Cuba (40,4%)⁽³⁾.

Esses dados são totalmente contrários das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), do qual recomenda que os países não devem ultrapassar taxa de 15%, podendo chegar até 90% em instituições privadas brasileiras⁽⁴⁾. Esse dado constitui importante marcador de qualidade da assistência à saúde e o aumento acima do recomendado pela OMS não está relacionada à redução da mortalidade materna e neonatal⁽²⁾.

Além do fato de que 43,1% dos partos assistidos ocorreram com intervenções, ao contrário de apenas 5%, evidenciando que esses são medicalizados, sob a lógica de um modelo tecnocrático, cujo foco é a intervenção no corpo feminino⁽¹⁾, com a presença de inúmeros atores sociais na cena do parto, com a realização de manobras e intervenções, como episiotomia,

amniotomia, manobra de kristeller, lavagem intestinal, medicalização do corpo, proporcionando maiores estímulos dolorosos e desnecessários, com a reclusão em isolamento, permeado pela anulação de direitos, como ao acompanhante, e a violência⁽⁵⁻⁷⁾.

Assim, algumas iniciativas de políticas públicas foram criadas, com objetivo de melhorar os indicados obstétricos e reduzir a mortalidade materna, como a Política Nacional de Humanização; Estratégia Rede Cegonha; Humanização do Parto e Nascimento, a inclusão da enfermeira obstetra no quadro de profissionais do SUS capacitados para assistência ao parto, a criação de casas de parto e centros de partos normais⁽⁸⁻¹¹⁾. Essas iniciativas têm se mostrado positivas na melhora das práticas da assistência obstétrica, demonstrando alguns resultados positivos, como a redução da taxa de cesarianas desnecessárias⁽¹¹⁾.

Mesmo com algumas iniciativas que possibilitam qualificar o parto nas instituições hospitalares, as mulheres têm procurado alternativas para vivenciarem o Parto Domiciliar Planejado (PDP), com a finalidade de não experimentar assistência negativa, com base no modelo tecnocrático, apesar de não ser realidade para todas as mulheres brasileiras^(6,11). Esses achados têm possibilitado muitas mulheres a optarem pelo PDP e lutarem por essa alternativa para o direito de escolha e, assim, garantir um cuidado centrado na mulher, nas expectativas, com base na fisiologia do parto, e implementação de práticas humanizadas e ancoradas nas evidências científicas⁽¹²⁻¹⁸⁾.

Essa escolha informada possibilita a vivenciarem de maneira consciente a decisão sobre o local de parto, garantindo maior segurança por essa opção. Essa constitui a recomendação da OMS e entidades internacionais, como a *International Confederation of Midwives*, Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, que as mulheres devem fazer suas escolhas, baseadas no sentimento de segurança, seja em domicílio, casa de parto ou maternidade⁽¹¹⁾. Contudo, o SUS não reconhece essa modalidade da forma de parir dentro do quadro de procedimentos, salvo em iniciativas como o Hospital Sofia Feldman, que garante o parto domiciliar para mulheres de risco habitual.

Nesse sentido, a assistência ao parto hospitalar e ao parto domiciliar planejado, demonstrando que não houve diferença estatisticamente significativa para os resultados de óbito fetal ou neonatal precoce, portanto, não havendo chance aumentada no parto domiciliar, nem redução da chance no hospital destas complicações, mostrando que o parto domiciliar não constitui maior risco de morte fetal ou neonatal precoce⁽¹⁹⁾. Em recente metanálise que contou com 16 estudos, envolvendo, aproximadamente, 500.000 mulheres que planejavam o parto domiciliar, apontou que nos partos planejados no ambiente domiciliar, houve menor chance de cesárea, parto instrumental, uso de analgesia, episiotomia, lacerações graves (3º e 4º graus), uso de ocitocina sintética durante o parto⁽²⁰⁾.

Assim, a literatura tem demonstrado excelentes indicadores de cuidados qualificados na assistência materno-neonatal no PDP⁽¹⁹⁻²³⁾. Mas, ainda, persiste o debate sobre a segurança em partos ocorridos fora do ambiente hospitalar. Nos últimos anos, este debate tem se tornado mais exaltado com a decisão das mulheres em optar pelo PDP, passando a se informarem cada vez mais, tornando-se capazes de exercerem autonomia sobre esse momento de suas vidas, por meio da escolha informada⁽²⁴⁾.

Nessa perspectiva, para compreensão do parto domiciliar planejado, há necessidade de aprofundar cientificamente como ocorre com a assistência obstétrica, que apresenta subsídios para essa assistência. Logo, este artigo apresenta relevância tanto no campo do direito das mulheres, para uma assistência que garanta um cuidado que atenda às suas necessidades e, assim, para maior aprofundamento do fenômeno do PDP. Logo, objetivou-se mapear os conceitos existentes em relação ao parto domiciliar planejado.

MÉTODOS

Trata-se de *scoping review*, também denominada *Scoping study* que emprega o modelo orientado pelo JBI, com a finalidade de mapear os principais conceitos que sustentam determinada área do conhecimento, neste caso, o parto domiciliar planejado, examinando a extensão, o escopo e a natureza da pesquisa, o que motiva a sintetizar, propagar dados e

identificar as lacunas existentes⁽²⁵⁾. Esta revisão foi desenvolvida conforme as recomendações do guia internacional Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)⁽²⁶⁾.

Na condução do estudo, seguiram-se as cinco primeiras etapas previstas nessa metodologia⁽²⁵⁾, a partir da: 1) identificação da pergunta norteadora; 2) identificação dos estudos relevantes; 3) seleção do material; 4) extração dos dados; 5) agrupamento, resumo, relato e discussão dos resultados.

A pergunta de revisão foi elaborada de acordo com a utilização do mnemônico População, Conceito e Contexto (PCC) como orientado o manual de revisões de escopo do JBI⁽²⁵⁾. Os elementos da questão foram os seguintes: P (População) gestantes, parturientes, acompanhantes, profissionais de saúde como enfermeiras e obstetrias e parteiras; C (Conceito) os desfechos maternos e neonatais; a experiência das mulheres, acompanhantes, familiares, profissionais; inserção do modelo no sistema de saúde e tomada de decisão; C (Contexto) parto domiciliar planejado. Deste modo, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: qual os conceitos existentes da assistência ao parto domiciliar planejado no contexto da parturiente, acompanhante e profissionais de saúde?

Esta revisão de escopo considerou como critérios de elegibilidade para os Participantes, estudos em que os participantes fossem gestantes e parturientes, mulheres com processo de

gestação ou parto em curso, de todas as faixas etárias e em qualquer idade gestacional, e independentes do número de parto (primíparas e múltiparas). Também foram considerados os estudos em que os participantes fossem acompanhantes, profissionais de saúde, tal como enfermeiras obstétricas, obstetrias e parteiras, profissionais. Em relação ao Conceito, foram considerados os estudos que versavam sobre os desfechos maternos e neonatais; as experiências; inserção do modelo no sistema de saúde e tomada de decisão e do Contexto do parto domiciliar planejado, ou seja, parto de ocorrência exclusivamente no domicílio. Logo, estudos em que o parto domiciliar planejado foi citado, mas que no curso se identificou a necessidade emergencial de remoção para a unidade de saúde, não foram considerados para essa revisão.

Em relação aos tipos de estudos, esta revisão considerou os estudos do tipo: estudos primários quantitativos sejam em estudos experimentais, observacionais analíticos, observacionais descritivos; assim como estudos qualitativos, incluindo estudos fenomenológicos, teoria fundamentada nos dados, etnografia, representação social, pesquisa-ação, participativa, história de vida, e estudos descritivos; mistos e estudos secundários, como revisões narrativas, integrativas, sistemáticas e de escopo. Não foram considerados os estudos do tipo editoriais, resumos publicados em anais, artigos com falta de clareza na apresentação de dados metodológicos, como número e participantes, aspectos da coleta de dados adotada, ou sem

resumo. Não houve a delimitação temporal, conforme recomenda as diretrizes da JBI ⁽²⁵⁾.

A estratégia de busca se apoiou nas recomendações da abordagem do JBI, com a realização em três etapas: primeiro a pesquisa prévia limitada na *Cochrane Database of Systematic Reviews*, com a finalidade de identificação do tema nas bases de dados e análise de termos utilizados mais comumente utilizados na literatura. Assim, os termos encontrados foram utilizados na estratégia de busca completa, e não houve achado de nenhuma revisão sistemática ou de escopo abordando a questão do estudo.

Em segundo, foi utilizado os termos de índice e palavras-chave nas bases de dados incluídas nesta revisão, Bases de dados em Enfermagem (BDENF); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE); *Cochrane Database of Systematic Reviews*; *Scopus*; *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *The Scientific Electronic Library Online* (SciELO), entre os meses de dezembro de 2021, com intuito de identificar os artigos e a análise das palavras do texto contidas no título e resumo. Em um

terceiro momento, foi investigada a lista da bibliografia dos artigos selecionados para seleção de estudos adicionais.

Destaca-se que se empregaram os descritores e sinônimos após consulta ao dicionário trilingue Descritores (DeCS/MeSH). Os descritores e as palavras-chave (midwifery; home childbirth; health services; pregnancy; tocológia; parto domiciliar; serviços de saúde; gravidez; partería; parto domiciliário; servicios de salud; embarazo) foram combinados pelo emprego dos operadores booleanos AND para construção da estratégia de busca, conforme a especificidade de cada base, para responder à questão de pesquisa. Os descritores e as combinações foram utilizados nos três idiomas para construir a estratégia.

Conforme exemplificado na estratégia de busca (Quadro 1), que foi aplicada na base de dados *Scopus*, também aplicada nas demais bases de dados, contudo, podendo haver modificações de acordo com as particularidades de cada uma.

Quadro 1 - Estratégia de busca na base de dados *Scopus*. Belém, PA, Brasil, 2021.

Base de Dado	Estratégia de Busca
Scopus	((TITLE-ABS-KEY (midwifery) AND TITLE-ABS-KEY (home AND childbirth)) AND ((TITLE-ABS-KEY (midwifery) AND TITLE-ABS-KEY (health AND services))) AND ((TITLE-ABS-KEY (home AND childbirth) AND TITLE-ABS-KEY (health AND services))) AND ((TITLE-ABS-KEY (home AND childbirth) AND TITLE-ABS-KEY (pregnancy))) AND ((TITLE-ABS-KEY (midwifery) AND TITLE-ABS-KEY (home AND childbirth) AND TITLE-ABS-KEY (health AND services)))

AND ((TITLE-ABS-KEY (midwifery) AND TITLE-ABS-KEY (home AND childbirth) AND TITLE-ABS-KEY (health AND services) AND TITLE-ABS-KEY (pregnancy)))

Fonte: Próprios autores, 2021.

Após a pesquisa realizada, dois revisores independentes, com a utilização do software Rayyan QCRI 0.0.1, organizaram os artigos. Primeiramente, título e resumos foram verificados para avaliação dos critérios de elegibilidade e remoção de referências com duplicidades. A leitura do texto completo dos estudos selecionados foi utilizada.

Os dados dos artigos incluídos na revisão de escopo foram: identificação, ano, país, base de dados, título, objetivo, desenho metodológico, resultados e contribuições do estudo ou conclusões, visando a sintetização das informações. Os dois revisores treinados extraíram as informações de forma independente dos dados das publicações selecionadas. Não houve divergência entre os revisores na extração dos dados.

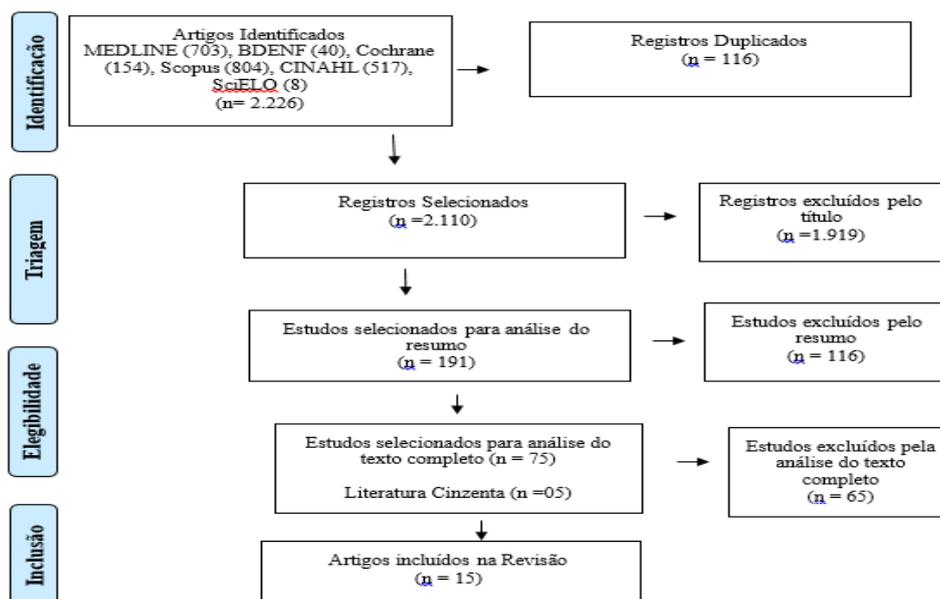
Conforme as recomendações da JBI para análise dos dados selecionados na revisão de escopo, os estudos foram agrupados para refletir sobre o objetivo da revisão, neste caso, o

conhecimento sobre o parto domiciliar planejado submetido a análise narrativa. Foi formado quadros em formato descritivo dos dados, acompanhando a síntese descritiva. Os estudos foram sintetizados e dispostos no formato de figura, utilizando-se do PRISMA-ScR (Figura I), contemplando as variáveis de interesse⁽²⁶⁾.

RESULTADOS

A pesquisa resultou, inicialmente, em 2.226 publicações, das quais, 191 permaneceram no processo de seleção do título e resumo, após a remoção de publicações em duplicidades. Nesta etapa, 116 foram excluídos, por não atenderem aos critérios preestabelecidos, resultando em 75 publicações, que com mais 05 publicações das referências dos textos completos foram para avaliação. Nessa fase, 65 estudos foram excluídos, por não retratarem o parto domiciliar planejado. Assim, nesta revisão, 15 estudos atenderam aos critérios estabelecidos.

Figura I - Fluxograma preferred reporting items for systematic reviews and meta – analyses extension for scoping reviews (PRISMA-SCR) sobre a seleção dos estudos, Belém, PA, Brasil, 2021.



Fonte: Próprios autores, 2021.

As especificações dos resultados podem ser observadas na síntese na descrição do Quadro 2.

Quadro 2 - Características dos estudos incluídos na revisão de escopo. Belém, PA, Brasil, 2021.

Id*	País/Ano/base de dados	Título	Objetivos	Tipo de estudo
A1 ¹²	Dinamarca 2018 MEDLINE	Homebirth organized in a caseload midwifery model with affiliation to a Danish university hospital - A descriptive study.	Descrever o parto e o resultado neonatal em mulheres que iniciaram um parto domiciliar e atendidas por equipes de obstetrícia com número de casos filiados a um hospital universitário. Além disso, para descrever a taxa, o tempo e os motivos da transferência entre a casa e o hospital.	Estudo descritivo, usando dados de registro coletados prospectivamente sobre partos domiciliares iniciados.
A2 ¹³	Itália 2018 SCOPUS	Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: A systematic review with meta-	Quantificar os resultados da gravidez após o parto domiciliar planejado <i>versus</i> o parto hospitalar	Estudos prospectivos, retrospectivos, de coorte e caso-controle de resultados de gravidez de baixo

		analysis.	planejado.	risco, de acordo com o planejamento do local de nascimento, de janeiro de 2000 a junho 2017.
A3 ¹⁴	Austrália 2018 MEDLINE	Planned private homebirth in Victoria 2000-2015: a retrospective cohort study of Victorian perinatal data.	Comparar as taxas de resultados para mulheres de alto e baixo risco que planejaram parto em casa em comparação com aquelas que planejaram parto no hospital.	Realizamos um estudo de coorte de base populacional de todos os nascimentos em Victoria, Austrália 2000-2015.
A4 ²³	Brasil 2018 SCOPUS	Práticas obstétricas nos partos domiciliares planejados assistidos no Brasil.	Descrever as práticas obstétricas nos partos domiciliares planejados, assistidos por profissional qualificado, no Brasil.	Estudo descritivo, com dados coletados em banco on-line, alimentado por 49 profissionais de dezembro de 2014 a novembro de 2015.
A5 ¹⁵	Holanda 2018 MEDLINE	When the Hospital Is No Longer an Option: A Multiple Case Study of Defining Moments for Women Choosing Home Birth in High-Risk Pregnancies in The Netherlands.	Explorar como a vontade de nascer fora do sistema foi negociada em consultas / encontros clínicos entre gestantes e seus profissionais de saúde. Entender o que acontece nesse processo de tomada de decisão.	Caso múltiplo exploratório, a teoria fundamentada e a triangulação de dados.
A6 ¹⁶	Suécia 2018 MEDLINE	Working with home birth - Swedish midwives' experiences.	Descrever as experiências das parteiras suecas no trabalho com parto domiciliar.	Pesquisa qualitativa com dois grupo focais com oito parteiras que realizou parto domiciliar.
A7 ¹⁸	Espanha 2019 SCOPUS	Challenging the status quo: experiences of women opting for home birth in the	Explorar as percepções, crenças e atitudes de mulheres que optaram pelo parto domiciliar em Andaluzia (Espanha).	Estudo qualitativo, com abordagem fenomenológica.

		Andalusia, Spain.		
A8 ¹⁷	Noruega 2019 SCOPUS	Home as a place for giving birth - A circumpolar study of the experiences of mothers and midwife.	Explorar o que as mães de parto domiciliar e as parteiras dizem sobre a experiência do parto e a interação entre mãe, parceiro e parteira.	Estudo empírico exploratório das narrativas de sete parteiras domiciliares e das vivências de cinco parteiras.
A9 ²⁷	Brasil 2019 SCOPUS	Perfil obstétrico e neonatal dos partos naturais domiciliares assistidos por enfermeiros obstetras.	Descrever o perfil obstétrico e neonatal dos partos naturais assistidos por enfermeiros obstetras nos domicílios.	Estudo documental de abordagem quantitativo-descritivo e retrospectivo, desenvolvido nos prontuários arquivados pelas duas únicas equipes de enfermagem obstétrica privada de Maceió, Alagoas.
A10 ²⁸	Austrália 2018 SCOPUS	Women's views and experiences of publicly-funded homebirth programs in Victoria, Australia: A cross-sectional survey.	Examinar as opiniões e experiências femininas de partos domiciliares em programa de financiamento público em Victoria, Austrália.	Estudo corte transversal.
A11 ²⁹	Noruega 2020 MEDLINE	All that I need exists within me: A qualitative study of nulliparous Norwegian women's experiences with planned home birth.	Obter conhecimento sobre como as mulheres nulíparas norueguesas vivenciam o parto domiciliar planejado e por que escolhem essa via de parto.	Estudo com abordagem qualitativa.
A12 ¹	Brasil 2020 SCOPUS	Assistência ao parto domiciliar planejado: trajetória profissional e especificidades do cuidado da enfermeira	Analisar a trajetória profissional das enfermeiras obstétricas que atuam em parto domiciliar planejado na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.	Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa.

		obstétrica.		
A13 ³⁰	Espanha 2020 MEDLINE	Exploring social and health care representations about home birth: An Integrative Literature Review.	Explorar as experiências de mulheres que têm dado à luz em casa, as representações sociais subjacentes à suas decisões e as reações dos profissionais de saúde ao movimento do parto domiciliar.	Revisão Integrativa da Literatura.
A14 ¹¹	Brasil 2020 MEDLINE	Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática.	Revisar a produção bibliográfica nacional acerca de parto domiciliar entre os anos de 2008 e 2018, a fim de compilar dados relacionados ao PDP no Brasil.	Revisão sistemática através do Método PRISMA.
A15 ³¹	Austrália 2020 MEDLINE	The experiences of privately practicing midwives in Australia who have been reported to the Australian Health Practitioner Regulation Agency: A qualitative stud.	Explorar as experiências de parteiras com prática privada (PPMs) na Austrália que foram relatados à <i>Australian Health Practitioner Regulation Agency</i> (AHPRA).	Estudo com abordagem qualitativa, utilizando-se do referencial teórico feminista.

Fonte: Próprios autores, 2021.

O panorama geral dos dados mostrou que a maior parte dos estudos foi desenvolvida em países europeus: Espanha, Noruega, Dinamarca, Itália, Holanda e Suécia (53,3%), Brasil (26,7%) e Austrália (20%). O ano de 2018 com maior concentração de publicações com 46%, seguido de 33,3 %, em 2020, e 20%, em 2019.

Os quinze artigos selecionados de modo geral descrevem as experiências, as opiniões, o

conhecimento e as percepções das mulheres que vivenciaram o PDP e dos profissionais que prestaram a assistência em diferentes realidades legais ao redor do mundo, assim como as práticas obstétricas dos profissionais enfermeiros e parteiras/obstetrizes, abordando, também, os resultados e desfechos maternos e neonatais, as taxas de transferência hospitalar e a comparação

das realidades do PDP *versus* o parto hospitalar^(1,12-14,16-18,27-31).

Perfil das mulheres e desfechos obstétricos e neonatais do parto domiciliar planejado

O perfil e os desfechos obstétricos e neonatais é constituída por sete estudos A1⁽¹²⁾, A2⁽¹³⁾, A3⁽¹⁴⁾, A4⁽²³⁾, A9⁽²⁷⁾, A10⁽²⁸⁾, A14⁽¹¹⁾, que abordaram o perfil das mulheres optantes pelo PDP, com características socioeconômicas comumente evidenciadas nos estudos A3⁽¹⁴⁾, A4⁽²³⁾, A9⁽²⁷⁾, A10⁽²⁸⁾, e A14⁽¹¹⁾, que desvelam perfil de mulheres jovens adultas, na faixa etária em torno dos 30 anos, com status socioeconômico alto, com elevada escolaridade, estado civil variando predominantemente entre casadas e uniões estáveis^(11-14,23,27-28), bem como os desfechos obstétricos e neonatais desses PDP^(11-14,23,27-28).

Os estudos A2⁽¹³⁾ e A3⁽¹⁴⁾, observam resultados comparativos de parto domiciliares planejados *versus* parto hospitalares, demonstrando que o parto domiciliar tem menores probabilidade de ter intervenções obstétricas, como também menores taxas de cesariana, em comparação com mulheres submetidas ao parto hospitalar⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Os estudos A4⁽²³⁾, A9⁽²⁷⁾ e A14⁽¹¹⁾ corroboram os dados acima, em que demonstram que o parto domiciliar planejado constitui garantia de cuidado seguro e qualificado, com desfechos positivos, em comparação com o parto hospitalar. Assim, o parto domiciliar constitui dados similares de segurança, com menores

taxas de transferências hospitalar, intervenções obstétricas, cesariana, além de avaliação neonatal satisfatória, com apgar entre 7 e 8 no 1º e 5º minuto e escores positivos de saturação entre 94 e 95%^(11,23,27).

O estudo A1⁽¹²⁾ mostrou que a maioria das mulheres que iniciaram o parto domiciliar teve parto vaginal com 92%, independentemente do local de nascimento. Aproximadamente, 28% das mulheres foram transferidas de casa para o hospital durante ou após o parto⁽¹²⁾, com dados semelhantes nos estudos de A4⁽²³⁾, A9⁽²⁷⁾, A14⁽¹¹⁾ e 72% das mulheres tiveram parto domiciliar planejado⁽¹²⁾.

Enquanto o estudo A10⁽²⁸⁾, que aborda as experiências e as opiniões das mulheres sobre dois programas de partos domiciliares com financiamento público em Victoria, na Austrália, observou alta porcentagem de mulheres que classificou como muito bom o acompanhamento da gravidez, com 81%; trabalho de parto e nascimento, 90%, mostrando que o parto domiciliar constitui desfechos positivos para as mulheres⁽²⁸⁾.

Profissionais de saúde que garantem a assistência ao parto domiciliar planejado

Os estudos A6⁽¹⁶⁾, A12⁽¹⁾, A14⁽¹¹⁾, A15⁽³¹⁾, trazem a perspectiva que envolve as experiências e trajetórias das profissionais atuantes no cenário de PDP^(1,11,16,31).

Os estudos A6⁽¹⁶⁾, A14⁽¹¹⁾, A15⁽³¹⁾, mostram a atuação contra o sistema de saúde vigente, favorecendo o respeito das escolhas das

mulheres para um parto mais respeitosa e exitoso. O parto domiciliar permite trabalho voltado para as necessidades das mulheres, em contraponto ao modelo obstétrico^(11,16,31). O estudo A15⁽³¹⁾ mostrou as parteiras presas entre as mulheres e o sistema. Essa percepção o sentimento de estarem divididas entre o que as mulheres querem ter como experiência e a preocupação em ser relatadas por profissionais de saúde que trabalham no sistema de maternidade no modelo de saúde⁽³¹⁾.

Assim, a experiência profissional contribuiu de forma efetiva para o desenvolvimento de habilidades e competência para atuação no parto domiciliar planejado. Assim, o estudo A12¹ mostra que a qualificação profissional no PDP tem trajetória profissional focada no constante aprimoramento teórico, conferindo experiência, segurança e qualidade da assistência obstétrica⁽¹⁾. Esse dado corrobora os estudos A6⁽¹⁶⁾, A14⁽¹¹⁾ e A15⁽³¹⁾ quando trazem a percepção por estas profissionais de atuação muito mais autônoma, neste cenário de cuidado domiciliar, mas que precisa de expertise para garantir maior segurança^(11,16,31).

Desse modo, os estudos A6⁽¹⁶⁾, A12⁽¹⁾, A14⁽¹¹⁾ e A15⁽³¹⁾, apontam, portanto, demanda dos profissionais de saúde que desejam romper os paradigmas do sistema de saúde, no que diz respeito aos cenários de parto e nascimento, especificamente a centralização dos partos em maternidades, e trazem o PDP como possibilidade de resgate da humanização, autonomia das mulheres, autonomia e segurança profissional^(1,11,16,31).

Escolha e vivência do parto domiciliar planejado sob a ótica da mulher

Os estudos A5⁽¹⁵⁾, A7⁽¹⁸⁾, A8⁽¹⁷⁾, A11⁽²⁹⁾, A13⁽³⁰⁾ e A14⁽¹¹⁾ observam vivência, motivações e sentimentos das mulheres que experienciaram o PDP, desvelando características e singularidades comuns desta escolha, diante dos mais diversos cenários e sistemas de saúde^(11,15,17-18,29,30).

Os estudos A5⁽¹⁵⁾, A7⁽¹⁸⁾, A8⁽¹⁷⁾, A11⁽²⁹⁾ mostraram que, muitas vezes, o autoritarismo e os tramas anteriores possibilitam escolha negativa ao parto e o PDP possibilita esse novo olhar para assistência ao parto e nascimento, pois agrega a confiança sem conflito do processo de cuidado. Além do mais, a informação qualificada, o apoio das mulheres, o parto fisiológico e personalizado contribui para o empoderamento das mulheres e a segurança no campo biológico e emocional. Assim, a segurança, o vínculo e relacionamento entre o profissional de saúde e a mulher colaboraram, de forma efetiva, para a escolha pelo parto domiciliar, pois contribuem para informação e manejo do medo^(15,17-18,29).

Os estudos A8⁽¹⁷⁾ e A11⁽²⁹⁾ mostram que a relação entre a parteira e a mulher contribui para experiência exitosa para o PDP, garantindo assistência voltada ao corpo, à natureza e cultura. Pois, essa motivação provocada e a segurança são o alicerce para a escolha das mulheres e a vivência em dar à luz em ambiente seguro^(17,29).

Os estudos A13⁽³⁰⁾ e A14⁽¹⁵⁾ corroboram os resultados acima, em que sentimentos e motivações das mulheres contribuem para a escolha, mas, a partir da informação qualificada recebida pelo profissional de saúde. Deste modo, os principais aspectos para escolha e vivência do PDP são a segurança e o exercício do empoderamento da mulher, em contraponto ao modelo obstétrico, tendo a mulher o controle das decisões ou de forma compartilhada que, em maioria, são vedadas no ambiente hospitalar, culminando na excessiva medicalização e nas intervenções desnecessárias^(11,30).

DISCUSSÃO

No parto domiciliar planejado, os achados mostram a predominância de desfechos positivos, ao compararem os desfechos obstétricos e neonatais entre parto domiciliar planejado e partos hospitalares e, não somente os desfechos, como também a utilização de intervenções obstétricas, como episiotomia, manobra de kristeller, amniotomia, dentre outros, como demonstram estudo⁽¹³⁾ com o grupo de PDP que apresentou menor probabilidade de receber intervenções desnecessárias, menores riscos de distócia fetal e hemorragia pós-parto.

Destaca-se que independentemente do status de risco gestacional, PDP foi associado a taxas significativamente mais baixas de intervenções obstétricas e morbidades maternas e perinatais combinadas. Para mulheres de baixo risco, o parto domiciliar planejado também foi

associado a riscos semelhantes de mortalidade perinatal⁽¹⁴⁾.

Em investigação⁽¹⁵⁾ com mulheres que optam por parto em casa em gestações de alto risco na Holanda, fazendo-o contraindicação médica, demonstrando vontade de parir fora do sistema, considerando que o hospital já não seria uma opção, os resultados mostraram que 90% tiveram experiência de partos hospitalares anteriores e 60% relataram tais experiências como negativas, portanto, impulsionadas por traumas anteriores para decisão pelo PDP, e, em todos os casos, essas experiências foram associadas a uma percepção de falta de autonomia⁽¹⁵⁾.

Quanto ao perfil das mulheres, foi possível verificar que as mulheres que optam e experienciaram o PDP têm características culturais e sociais bem distintas, sendo majoritariamente pessoas com alto nível de escolaridade, casadas ou em união estável, com alto poder aquisitivo, o que possivelmente é associado ao maior acesso às informações de qualidade que lhe garantem o privilégio de escolha consciente e informada, além da possibilidade de arcar com as custas dessa assistência^(11,14,23,27-29).

A perspectiva financeira relativa ao PDP emerge tanto para as mulheres que optam pelo PDP quanto para os profissionais de saúde que necessitam de considerável investimento tanto em capacitações quanto na própria questão do empreendedorismo de negócios, pois, como foi possível observar, é uma prática majoritariamente no âmbito privado, não

somente no Brasil, mas na maior parte dos países levantados, com algumas experiências de projetos pilotos de financiamento público na Austrália⁽²⁸⁾.

As mulheres que vivenciaram o PDP expressaram sentimentos de segurança e apoio, associados às parteiras e, de modo geral, as experiências positivas e exitosas com os programas de parto domiciliar. Assim, há destaque para as avaliações positivas, quando relacionadas aos cuidados prestados por parteiras, em comparação com os cuidados prestados por outros profissionais, a exemplo dos médicos⁽²⁸⁾.

O parto domiciliar planejado, ainda, é muito questionado pelos defensores da medicalização e intervenção do parto, sendo, por vezes, os profissionais que prestam a assistência alvo de verdadeiras perseguições devido às condutas e posição referente ao PDP⁽³¹⁾. Todavia, o PDP vem há décadas provando ser a opção segura de parir e nascer.

As percepções e motivações das mulheres que optam pelo parto domiciliar está pautada na valorização do parto fisiológico, o respeito à natureza do parto e retomada ao lar como ambiente seguro. A escolha pelo PDP representa empoderamento, autonomia e respeito às mulheres, aos corpos e às famílias e, deste modo, simboliza uma forma de ruptura ao sistema obstétrico e à dominação do corpo feminino^(11,15,17-18,29-30).

Desse modo, desvela, assim, sob as perspectivas das mulheres, grande paradoxo que é a vontade de controle, mas como instrumento

para garantir a liberdade, assegurar que os acontecimentos respeitem o tempo e os desejos para tomada de decisão. Essa busca, contudo, vem sendo permeada por experiências anteriores negativas de partos hospitalares, irrigados de traumas e insatisfações com os sistemas de saúde e modelos de assistência obstétrica vigente.

Na busca por um parto personalizado, conforto e segurança que permeiam as questões biológicas e fisiológicas, mas também psicológica e culturais, o PDP se configura como opção para romper com as estruturas de poder impostas no ambiente hospitalar, que segue ritmo tecnocrático e mecanizado, com excesso de medicalização e intervenções desnecessárias, configurando, assim, o PDP como ato político de resistência e luta pelos direitos femininos.

Essa investigação apresenta como limitação quanto as bases de dados escolhidas, especialmente na área da saúde, não contemplando outras áreas do conhecimento, como direito, psicologia, sociologia, antropologia e outras, que, possivelmente, discutem outros pontos do fenômeno. No entanto, esta revisão possibilitou mapear o conhecimento sobre o parto domiciliar planejado em vários contextos de saúde no âmbito internacional, observando o perfil das mulheres, os desfechos maternos e neonatais, as experiências e trajetórias dos profissionais de saúde no PDP e as motivações, sentimentos e vivências de mulheres, quanto a garantia de escolha no seu parto em casa.

Assim, o estudo contribui para garantir a segurança do parto domiciliar, pois os desfechos

maternos e fetais são os principais impeditivos para muitas mulheres escolherem essa modalidade de nascer. Com a informação do PDP a mulher garante maior conhecimento para tomada decisão com base nas evidências. Como mostrar experiências exitosas no PDP e a atuação de profissionais de saúde no âmbito global na atuação do parto domiciliar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão de escopo demonstra que o conhecimento sobre o parto domiciliar planejado enfatiza os desfechos positivos e exitosos com relação à segurança materna e neonatal, mostrando resultados similares de segurança com partos em ambiente hospitalares. Da mesma maneira, a trajetória profissional constitui alicerce para atuação com base na experiência e busca de habilidades e competência para garantir assistência segura. Ademais, a escolha pelo PDP como ruptura do modelo que, com a informação qualificada, permite contribuir com a escolha das mulheres.

Portanto, é importante considerar que o parto extrapola as questões fisiológicas e/ou biológicas, possuindo dimensão psicológica, cultural e social que deve ser respeitada, com as mulheres, a partir de desejos e conhecimento, sobre as opções de parto/local, de modo a garantir a escolha consciente e informada.

Há necessidade de que os profissionais de saúde invistam na percepção e prevenção de atos desrespeitos e traumáticos, de modo a se empenharem, de fato, pela continuidade do

cuidado em uma relação igualitária, respeitosa e de confiança e, assim, limitar riscos de mulheres vivenciarem experiências negativas no cenário de parto e nascimento. Nesse sentido, torna-se necessário investimento e desenvolvimento de políticas públicas que validem e materializem o direito de escolha pelo local de parto.

Assim, os resultados da revisão de escopo baseiam-se na necessidade de novos estudos em três pontos, primeiro para a expansão dos direitos para todas as mulheres ao parto domiciliar, especialmente na equidade, acessibilidade e universalidade do PDP, independentes das condições socioeconômicas, pois ainda há uma predominância de mulheres com alto poder aquisitivo no acesso do parto domiciliar. Em segundo, estudos que possibilitem a construção de protocolos de saúde, pois não há dentro dos sistemas de saúde mecanismo de que regule o acesso, critérios e cuidados no PDP. E por último, uma abordagem para a formação em saúde, onde não há iniciativas de se trabalhar o parto domiciliar no contexto de programas de aperfeiçoamento, com a residência em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira TR, Barbosa AF, Alves VH, Rodrigues DP, Dulfe PAM, Maciel VL. Assistance to planned home childbirth: professional trajectory and specificities of the obstetric nurse care. *Texto & Contexto Enferm.* 2020;29:e20190182. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0182>
2. Entringer AP, Gomes MASM, Costa ACC, Pinto M. Impacto orçamentário do parto

- vaginal espontâneo e da cesariana eletiva sem indicação clínica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e116. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.116>
3. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan LMD, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet*. 2018;392(10155):1341-8. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30717-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30717-2)
 4. Batista Filho M, Rissin A. WHO and the epidemic of cesarians. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2018;18(1):5-6. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000100001>
 5. World Health Organization. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2021 abr 14]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
 6. Paula E, Alves VH, Rodrigues DP, Felício FC, Araújo RCB, Clamilco RASI, et al. Obstetric violence and the current obstetric model, in the perception of health managers. *Texto & Contexto Enferm*. 2020;29:e20190248. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0248>
 7. Pinto KRTF, Zani AV, Bernardy CCF, Rossaneis MA, Rodrigues R, Parada CMGL. Factors associated with obstetric interventions in public maternity hospitals. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2020;20(4):1091-100. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000400009>
 8. Martins CP, Luzio C. A. HumanizaSUS policy: anchoring a ship in space. *Interface*. 2017;21(60):13-22. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0614>
 9. Santos Filho SB, Souza KV. Rede Cegonha network and the methodological challenges of implementing networks in the SUS. *Cienc Saude Colet*. 2021;26(3):775-80. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.21462020>
 10. Ministério da Saúde (BR). *Cadernos HumanizaSUS. Volume 4: Humanização do parto e do nascimento*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
 11. Cursino TP, Benincasa M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. *Cienc Saude Colet*. 2020;25(4):1433-44. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.13582018>
 12. Maimburg RD. Homebirth organised in a caseload midwifery model with affiliation to a danish university hospital - A descriptive study. *Sex Reprod Healthc*. 2018;16:82-85. doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.02.011>
 13. Rossi AC, Prefumo F. Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: A systematic review with meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*. 2018;222:102-108. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.01.016>
 14. Tuck MLD, Wallace EM, Davey MA, Veitch V, Oats J. Planned private homebirth in Victoria 2000-2015: a retrospective cohort study of Victorian perinatal data. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):357. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1996-6>
 15. Holten L, Hollander M, Miranda E. When the hospital is no longer an option: a multiple case study of defining moments for women choosing home birth in high-risk pregnancies in the Netherlands. *Qual Health Res*. 2018;12:1883-96. doi: <https://doi.org/10.1177/1049732318791535>
 16. Ahl M, Lundgren I. Working with home birth - swedish midwives' experiences. *Sex Reprod Healthc*. 2018;18:24-29. doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.08.006>

17. Clancy A, Gjaerum RG. Home as a place for giving birth—a circumpolar study of the experiences of mothers and midwives. *Health Care Women Int.* 2019;40(2):121-37. doi: <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1531002>
18. Larios FL, Nuno-Aguilar C, Rocca-Ihenacho L, Castricardona F, Escuriet R. Challenging the status quo: Women's experiences of opting for a home birth in Andalusia, Spain. *Midwifery.* 2019;70:15-21. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.12.001>
19. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Foster D, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery.* 2018;62:240-55. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.024>
20. Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K, Hutton EK. Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: a systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine.* 2020;21:100219. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100319>
21. Reis TLR, Padoin SMM, Toebe TFP, Paula CC, Quadros J. S. Women's autonomy in the process of labour and childbirth: integrative literature review. *Rev Gaucha Enferm.* 2017;38(1):e64677. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64677>
22. Koettker JG, Bruggemann OD, Knobel R. Maternal results from planned home births assisted by nurses from the hanami team in the south of Brazil, 2002-2012. *Texto & Contexto Enferm.* 2017;26(1):e3110015. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003110015>.
23. Koettker JG, Bruggemann OM, Freita PF, Riesco M G, Costa R. Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03371. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017034003371>
24. Lessa HF, Tyrrell MAR, Alves VH, Rodrigues DP. Choosing the home planned childbirth: a natural and drug-free option. *Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J Online).* 2018;10(4):1118-22. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1118-1122>
25. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: scoping reviews. In: Aromataris E, Munn Z. *JBIManual for evidence synthesis.* Adelaide: JBI; 2020.
26. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. Prisma extension for scoping reviews (Prisma-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467-73. doi: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
27. Moura RS, Saraiva FJC, Santos MA, Santos AMRO, Santos RM, Lima PAB. Perfil obstétrico e neonatal dos partos naturais domiciliares assistidos por enfermeiros obstetras. *Cienc Enferm.* 2019;25(13):1-13. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532019000100210>.
28. Forster AD, Mckaya H, Davey M, Small R, Cullinane F, Newton M, et al. Women's views and experiences of publicly-funded homebirth programs in Victoria, Australia: A cross-sectional survey. *Women Birth.* 2018;32(3):221-30. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.019>
29. Skrondal TF, Gabrielsen BT, Aune I. All that I need exists within me: a qualitative study of nulliparous Norwegian women's experiences with planned home birth. *Midwifery.* 2020;86:102705. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102705>
30. Garrido PR, Morán JAP, Tricas JG. Exploring social and health care representations about home birth: an integrative literature review. *Public Health*



Nurs. 2020;37(3):422-38. doi:
<https://doi.org/10.1111/phn.12724>

31. Hunter J, Dixon K, Dahlen HG. The experiences of privately practising midwives in Australia who have been reported to the Australian health practitioner regulation agency: a qualitative study. *Women and Birth*. 2020;34(1):23-31. doi:
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.07.008>

CONTRIBUIÇÕES DE AUTORIA

Autor 1 - Laena Costa dos Reis

Contribuições: Concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão final com participação crítica no manuscrito.

Autor 2 - Diego Pereira Rodrigues

Contribuições: Concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão final com participação crítica no manuscrito.

Autor 3 - Leila Fernanda Silva de OliveiraI

Contribuições: Concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão final com participação crítica no manuscrito.

Autor 4 - Valdecyr Herdy Alves

Contribuições: Concepção e desenho do estudo, revisão final com participação crítica e análise intelectual no manuscrito.

Autor 5 - Giovanna Rosario Soanno Marchiori

Contribuições: Revisão final com participação crítica e análise intelectual no manuscrito.

Autor 6 - Tatiana Socorro dos Santos Calandrini

Contribuições: Concepção e desenho do estudo e análise e interpretação dos dados.

Autor 7 - Brenda Caroline Martins da Silva

Contribuições: Revisão final com participação crítica e análise intelectual no manuscrito.

Fomento / Agradecimento: Não há fomento e agradecimentos

Editor Científico: Ítalo Arão Pereira Ribeiro.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0778-1447>