

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

RAFAELA ROQUE SIANI HIENE

EXPERIÊNCIAS DE CASAIS COM PARTO DOMICILIAR:
da escolha à vivência

São Carlos
2018

RAFAELA ROQUE SIANI HIENE

EXPERIÊNCIAS DE CASAIS COM PARTO DOMICILIAR:
da escolha à vivência

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde (Cuidado e Trabalho em Saúde e Enfermagem).

Orientador: Profa. Dra. Márcia Regina Cangiani Fabbro

São Carlos
2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

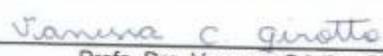
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Rafaela Roque Siani Hiene, realizada em 28/02/2018:



Profa. Dra. Marcia Régina Cangiani Fabbro
UFSCar



Profa. Dra. Vanessa Cristina Giroto
UNIFAL - MG



Profa. Dra. Jamile Claro de Castro Bussadori
UFSCar

Dedico este trabalho a todos os casais e mulheres, grávidas, tentantes, ou que um dia pensam em gestar um bebê. Que possam ser agraciados com atendimentos de qualidade, dignos e respeitosos no nascimento de seus filhos, independente de cor, etnia ou classe social.

Dedico também ao meu filho(a), que me acompanha nos últimos meses e conclui este trabalho comigo, do lado de dentro. Desde o primeiro dia em meu ventre conseguiu me fazer entender o que até então eu só estudava, podendo hoje olhar a situação dessas mulheres com muito mais empatia e compaixão, realizando meu trabalho acadêmico e prático com muito mais qualidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela minha vida, e pela possibilidade de ter iniciado e finalizado este trabalho com saúde e muito mais que isso, com um presente para a vida toda como sempre sonhei.

Agradeço a meus pais Eduardo e Nilda, que junto com Deus me deram a vida, me educaram e me ofereceram o melhor sempre, possibilitando que eu chegasse até aqui. Obrigada por todo apoio e amor incondicional. Tenho muito orgulho de ter vocês como pais. Amo vocês...

Agradeço com todo o meu coração a minha orientadora Márcia, que me instigou a fazer este trabalho, me orientando e apoiando sempre, mas principalmente nos momentos mais difíceis, em que quase tudo foi perdido. Obrigada por pegar na minha mão e me ensinar a fazer quando eu não consegui. Obrigada pela empatia de me apoiar durante as dificuldades do processo, principalmente as adaptações físicas de uma gestação. Serei sempre grata por ter encontrado você pelo caminho da vida...

Agradeço infinitamente ao meu marido Marcelo, meu amor e companheiro, que me encorajou, e me “chacoalhou” todas as vezes que quis desistir... Sem ele eu não teria chegado ao fim. Amo você...

Igualmente importante no processo, agradeço a minha irmã Manuela, que compreendeu todas as minhas dificuldades e me ajudou (muitooooo) a finalizar este trabalho! Obrigada por aguentar meus “pitis” no telefone rs... E por sempre me atender tão prontamente, obrigada mais que tudo, por me dar a oportunidade de viver a fase mais linda da minha vida junto com você, fazendo com que todas as experiências sejam comemoradas em dobro.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a meus amigos e demais familiares que acompanharam minhas conquistas e ansiedades durante esses dois anos... Vocês também foram fundamentais para que tudo desse certo.

Faço um agradecimento especial à CAPES, que com auxílio financeiro tornou o projeto possível. Meu caminho seria mais difícil sem a parceria com vocês.

APRESENTAÇÃO

Nasci em Ribeirão Preto no dia 11 de agosto de 1987 em uma cesárea eletiva com 39 semanas de gestação. Cresci ouvindo a história do nascimento da minha irmã e meu; minha mãe sempre dizia que não escolheu fazer a cesariana, que pedia a Deus que mandasse o que fosse melhor, mas em ambas as gestações, a certa data, sua obstetra afirmou que ela não poderia mais esperar o parto normal, porque o bebê estava “passando da hora”. Minha mãe sempre aceitou e relata que no fim achava que foi o melhor, frente a todas histórias horríveis de parto normal que ela cresceu ouvindo e presenciando. Cresci com essa referência, e pensava: “Meu Deus... O dia que tiver um filho sei que você vai mandar o que for melhor para mim, mas agradeço se o melhor for uma cesariana com sedação (tinha muito medo de precisar tomar aquela anestesia horrível nas costas acordada).

Assim seguiu minha vida, permaneci em Ribeirão Preto e entrei na faculdade de Enfermagem em 2008 - sempre tive paixão pela área da saúde, principalmente pelo cuidado dispensado a pessoas em momentos difíceis, mas ainda não tinha ideia de qual área desejava seguir. Por meio de uma amiga próxima que falava bastante de obstetrícia, comecei a me aproximar da área, mas me apaixonei mesmo no segundo ano de faculdade, quando cursei a disciplina Saúde da mulher. Daí para frente comecei a direcionar toda a minha formação para a Obstetrícia, mas ainda nutrindo um certo pavor devido aos partos normais que eu acompanhava nos estágios.

Foi pesquisando durante a graduação e conversando com outras pessoas da área que descobri que existia um outro modelo de atenção ao parto, diferente daquele que eu conhecia. Essa outra forma de parir me parecia totalmente diferente; não me causava aquele pânico e medo, pelo contrário, ela enchia meu coração.

Desse momento em diante eu só tinha olhos para a Obstetrícia e para o parto humanizado, e pensava ansiosamente em me especializar cada vez mais no assunto. Em dezembro de 2011 concluí a graduação, prestei residência em saúde da mulher na PUC, mas mesmo me classificando em segundo lugar, só havia uma vaga disponível... Assim, decidi iniciar a pós-Graduação *latu sensu* (especialização) em Obstetrícia em março de 2012. Neste mesmo ano, participei de um curso de doula, experiência transformadora que mudou completamente minha forma de olhar a mulher e os eventos que permeiam sua vida. Em setembro de 2012, uma colega

da faculdade que encontrei na pós-Graduação (hoje minha amiga e prima) mencionou haver uma vaga na maternidade onde ela trabalhava na cidade de São Carlos, ao que prontamente enviei meu currículo e fui aceita. Nesse interim, também conquistei uma vaga de trabalho em Ribeirão, mas não era em Obstetrícia, então não tive dúvidas... Mudei meus planos de vida e minha residência para São Carlos, afinal, era o que eu amava.

Iniciei meu trabalho em São Carlos dia 12 de setembro de 2012. Amava atender partos e a ideia de partos domiciliares já era uma semente germinando em minha mente, porém não me considerava apta para tal responsabilidade ainda. Preferi guardar essa semente só para mim, já que não era bem-vinda e bem-vista entre os profissionais que atuavam na maternidade. Já no primeiro ano em que estive lá, pude presenciar uma mudança de paradigma na equipe de enfermagem na maternidade, a qual começou a atender as mulheres de forma mais atualizada cientificamente e humanizada. Destaco que o seminário de Humanização no parto e nascimento, realizado pela UFSCAR para atualização profissional contribuiu muito para essa mudança. Em meados de 2014 tive a oportunidade de, junto à minha atual parceira de equipe, prestar assistência ao parto daquela “colega” de trabalho que me abriu as portas da maternidade. O parto foi excelente e a sintonia de trabalho entre a outra enfermeira e eu também. Esse era o empurrãozinho que faltava para que decidíssemos iniciar nossa parceria em atendimentos de partos domiciliares.

Assim, no final de 2014 cursei a formação para parto domiciliar oferecido pelo Gama (Grupo de Apoio à Maternidade Ativa). No início de 2015 estruturamos nossa Acalento, cuja equipe era composta por nós três - minha colega Annie, minha querida amiga Nara, quem me trouxe para São Carlos, e eu. Nossa missão era responder às necessidades das mulheres e casais no ciclo gravídico-puerperal. Passamos então a atender partos domiciliares, dedicando todo carinho, amor e respeito que acreditamos que deva envolver esse momento.

Em setembro de 2015 tomei a decisão de deixar meu posto na maternidade - por uma série de motivos pessoais, mas também para iniciar o mestrado. Prestei o processo seletivo em outubro de 2015 e fui aprovada, iniciando os estudos em março de 2016. Conciliei os estudos com os partos domiciliares. Durante os últimos dois anos continuei sempre estudando, me atualizando acadêmica e profissionalmente e militando por partos mais dignos para as mulheres. Minha grande amiga, aquela que me levou à maternidade de São Carlos, foi também

quem me apresentou o primo de seu marido em janeiro de 2014, trazendo para minha vida meu grande amor. Nos casamos em abril de 2016 e em setembro de 2017 descobrimos que o maior presente de nossas vidas está a caminho. Pude a partir de então me ver refletida em cada participante do meu estudo, pois trilho agora pessoalmente essa trajetória que venho estudando nos últimos dois anos. Espero vivenciar menos espinhos e percalços que os delas, e espero que essa melhora seja progressiva nos atendimentos às mulheres em nosso país, possibilitando que mais pessoas tenham condições de vivenciar de corpo e alma o nascimento de seus filhos da forma incrível como deve ser.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Lista de materiais essenciais que devem estar presentes no domicílio na ocasião do parto.....	25
Quadro 2 –	Descrição do perfil sociodemográfico e obstétrico dos casais participantes.....	36
Quadro 3 –	Codificação dos nomes dos participantes do presente estudo.....	37
Quadro 4 –	Nota e palavra atribuídos pelo casal ao parto domiciliar.....	37

GLOSSÁRIO

Ausculata fetal	Verificação dos batimentos do bebê através de aparelho designado para essa finalidade.
Ciclo gravídico- puerperal	Período que compreende desde o primeiro dia de gestação até o último dia do puerpério.
Distócia	Qualquer problema, de origem materna ou fetal, que dificulte ou impeça o parto.
Doula	Profissional com capacitação em suporte e apoio emocional contínuo para a mulher em trabalho de parto (sem necessidade de curso superior).
Enfermeira obstetra	Profissional que cursou graduação de enfermagem e especialização em obstetrícia.
Episiotomia	Procedimento sem evidências científicas de efetividade no qual uma incisão é efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) com a intenção de ampliar o canal de parto.
Exame de toque	Exame de toque vaginal realizado para verificar dilatação e apagamento uterino e posicionamento fetal, dentre outros.
Fórceps	Instrumento de semelhante a uma tesoura, porém com as extremidades semelhantes a colheres. É utilizado na medicina obstetrícia para auxiliar a retirada do feto.
Litotomia	Posicionamento do paciente em decúbito dorsal (de barriga para cima) com as pernas afastadas e suspensas sobre perneiras. Posição corriqueiramente utilizada durante o parto.
Obstetrix	Profissional que cursou graduação em obstetrícia.
Parteira	Mulheres que aprenderam tradicionalmente como atender um parto, sem formação em curso superior.
Plano de parto	Documento em que a mulher relaciona tudo o que gostaria ou não que acontecesse em seu parto (incluindo o veto de procedimentos considerados desnecessários). Tal documento deve ser lido e assinado por todos os profissionais envolvidos no parto.
Posição ginecológica	Mesmo que litotomia.
Puerpério	Período de seis a oito semanas pós-parto, durante o qual o seu corpo sofre uma série de alterações para retornar ao estado pré-gravídico.

RESUMO

ROQUE SIANI HIENE, R. **Experiências de casais com parto domiciliar: da escolha à vivência**. 2018. 72f. Dissertação (Mestrado). Departamento de Enfermagem – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2018.

No século XVI, o parto era entendido como um ato feminino, no qual mulheres apoiavam emocionalmente outras mulheres, e as ajudavam a parir em suas próprias casas. As parteiras tradicionais da comunidade assumiam a assistência ao parto das mulheres que viviam ao seu redor. Com o passar dos anos e o desenvolvimento tecnológico, migrou-se para o modelo biomédico de assistência à saúde, que caracterizou o parto como uma doença a ser tratada no hospital. Hoje, devido ao movimento de humanização do parto e nascimento, retoma-se o domicílio como opção segura de local para o parto, desde que com equipe qualificada para a assistência. Neste contexto de medicalização do parto, os casais que tomam tal decisão passam por diversas dificuldades em todo o ciclo gravídico-puerperal. Assim, este estudo tem por objetivo compreender os elementos que facilitaram e dificultaram a trajetória e vivência de casais com o parto domiciliar. Trata-se de um estudo de casos múltiplos com abordagem qualitativa. O instrumento de coleta de dados foi inspirado na Metodologia de Investigação Comunicativa, a qual preconiza o diálogo igualitário e que, portanto, considera as diferentes contribuições dos sujeitos em função da validade de seus argumentos, ao invés de valorizá-las com base em posições de poder que os sujeitos ocupam. Foi utilizado o relato comunicativo - entrevista diferenciada em que a análise é realizada com a participação dos sujeitos. A análise dos dados foi guiada pelo Método de Análise de Conteúdo e culminou nas seguintes categorias: "Fugindo do modelo vigente de atenção ao parto"; "Experiências familiares negativas com parto normal"; "Movimento de busca de informações e empoderamento" e "Apoio (ou não) da família e dos amigos". Os resultados apontam que a falta de apoio da família e de amigos na decisão do parto domiciliar, assim como as experiências familiares negativas com o parto, foram aspectos que dificultaram a trajetória destes casais. Já as fontes de informação e empoderamento, da mesma forma que o respeito da equipe à autonomia da mulher, foram aspectos que trouxeram satisfação com a experiência vivida. Todos os casais citaram o parto domiciliar como forma de fuga do sistema vigente de atenção ao parto que ocorre nos hospitais e identificou-se também que o parto domiciliar não garante 100 % de satisfação e autonomia do casal. Conclui-se que todos os casais entrevistados optaram pelo parto domiciliar após profundo estudo e busca de informações, considerando-se bem-sucedidos em suas vivências e tendo como ponto de destaque positivo elementos como autonomia de decisões, respeito da equipe envolvida e sentimentos de maior pertencimento e envolvimento com o processo de parir. Destaca-se também a necessidade contínua de comunicação entre equipe e familiares no momento do parto, dado importante apontado pelos casais como perturbador quando a equipe não está sensibilizada a isso.

Palavras-chave: Parto humanizado; acontecimentos que mudam a vida; parto domiciliar; família.

ABSTRACT

ROQUE SIANI HIENE, R. **Couples experiences with home childbirth: from choice to the actual event.** 2018. 72p. Dissertation (Master). Departamento de Enfermagem – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2018.

During the sixteenth century, the act of giving birth was understood as being essentially female; that is, women were responsible for providing emotional support to other women, helping them to give birth in their own homes. Community traditional midwives provided intrapartum care for women who lived around them. Over the years and the technological development, this scenario was gradually switched towards the biomedical model of health care, by which childbirth was considered a disease to be treated in the hospital. Thanks to the movement of humanization of childbirth care though, home is currently considered a safe birthplace choice, since it is assisted by a qualified intrapartum care team. In this medicalization of childbirth context, couples who decide to live this experience face several difficulties throughout the pregnancy and childbirth period. Thus, this study aims to understand the elements which assisted or hindered the couples' path and experience with home birth. This is a multiple cases study that presents a qualitative approach. Data collection tool was driven by the principles of Communicative Methodology, which is based on egalitarian dialogue and, therefore, recognizes the different contributions of the subjects depending on their arguments validity, instead of valuing them from the perspective of each one's dominance positions. Data collection was performed through a communicative account - a particular type of face-to-face interview where analysis is performed together with the study participants. Data analysis was guided by the Content Analysis Method, that generated the following categories: "Escaping the current model of intrapartum care", "Negative family experiences with normal childbirth", "Information-seeking movement and empowerment" and "Received support (or the lack of it) from family and friends". Our results indicate that the lack of support from family and friends in the decision of home birth, as well as negative family experiences with labour and delivery, were aspects that hindered these couples trajectory. Information and empowerment sources, however, as well the team being respectful in terms of woman autonomy, represented positive factors which brought fulfillment with the lived experience. All couples mentioned home birth as a way of escaping the conventional system of intrapartum care that currently rules most hospitals protocols, and it was also observed that home birth does not assure 100 % of couples satisfaction and autonomy. We concluded that all interviewed couples decided for home birth after deep thought and seek for information. They also considered these experiences to be well succeeded, valuing elements such as autonomy of decisions, respect of the involved team, and impressions of greater belonging and involvement with the whole process. Finally, it is noteworthy the continuing need for communication improvement between intrapartum team and family members during labour and delivery, an important finding pointed out by couples as disruptive when the team was not alert to it.

Keywords: Humanizing childbirth; life change events; home childbirth; family.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Contexto e Justificativa.....	14
1.2 A história e o resgate do processo de nascimento.....	16
1.3 O parto domiciliar e os órgãos de saúde no Brasil.....	22
1.4 Objetivos.....	26
2. CAMINHO PERCORRIDO.....	27
2.1 Referencial teórico.....	27
2.2 Delineamento da pesquisa.....	29
2.3 Local e população do estudo.....	30
2.4 Seleção dos participantes.....	30
2.5 Aspectos Éticos.....	31
2.6 Construção do instrumento de coleta de dados.....	32
2.7 Coleta de dados.....	34
2.8 Análise dos dados.....	34
2.9 Etapas da pesquisa.....	35
3. DIALOGANDO SOBRE PARTO COM CASAIS: RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
3.1 Caracterização dos casais.....	36
3.2 História de cada casal.....	37
3.2.1 Casal 1: Isaura e Fred (R1).....	37
3.2.2 Casal 2: Amara e Roque (R2).....	38
3.2.3 Casal 3: Maria e Jonas (R3).....	38
3.2.4 Casal 4: Ana e Carlos (R4).....	39
3.2.5 Casal 5: Isabel e Jorge (R5).....	39
3.3 Resultados.....	40
3.3.1 Fugindo do modelo vigente de atenção ao parto.....	40
3.3.2 Experiências familiares negativas com parto.....	44
3.3.3 Movimento de busca de informações e empoderamento.....	46
3.3.4 Apoio (ou não) da família e dos amigos.....	47
3.4 Discussão.....	49

4. CONCLUSÕES.....	56
REFERÊNCIAS.....	58
APÊNDICES.....	65
ANEXOS.....	71

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contexto e Justificativa

A gestação é tida como uma das fases mais importantes da vida de um casal, idealizada pela maioria desde a infância ou adolescência. Várias alterações hormonais, físicas e psicológicas envolvem esse período, notadamente a formação do vínculo entre pais e bebê (PICCININI et al., 2008; MIRANDA et al., 2008).

Esse vínculo criado ao longo da gestação é intenso, e lidar com o processo de gerar uma nova vida provoca várias expectativas com relação ao parto e nascimento, trazendo ansiedades, medos e necessidade de esclarecimento, muitas vezes deficiente durante o pré-natal (BALASKAS, 1993). Segundo Medeiros, Santos e Silva (2008), a maioria das gestantes no Brasil não possui acesso a informação de qualidade, por vários motivos, dentre eles a negligência dos profissionais de saúde que não consideram a mulher apta para realizar escolhas informadas sobre gestação e nascimento (MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008).

Para que o nascimento ocorra, existem duas vias de parto possíveis: vaginal e abdominal. A via de parto vaginal é a fisiológica, na qual o parto se inicia e ocorre naturalmente, porém quando uma intercorrência ocorre durante esse processo fisiológico, algumas intervenções podem ser necessárias, inclusive uma cesariana. Esta é uma cirurgia de grande porte em que ocorre a extração do bebê por via abdominal. Na maioria das vezes, é uma via rápida e de fácil acesso para emergências (DINIZ, DUARTE, 2004; OMS, 2015; MARTINS-COSTA et al., 2002).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que a taxa de cesarianas não ultrapasse 15 % de todos os partos realizados (incluindo gestações de alto risco), entretanto o cenário brasileiro encontra-se distante deste número. Hoje, no Brasil, tem-se 46 % de cesarianas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e mais que o dobro desse percentual na rede privada (88 %) (ENSP, 2014).

Além da epidemia de cesarianas, o projeto Nascer no Brasil evidenciou a deficiência na qualidade do atendimento ao parto normal no país, o que ocasiona uma cascata de intervenções dolorosas e desnecessárias no parto, resultando muitas vezes em partos por cesariana e na insatisfação das mulheres com a forma como são atendidas no parto (ENSP, 2014).

Neste sentido, o parto domiciliar desponta nos dias de hoje não só como alternativa à falta de assistência adequada nos hospitais, mas também como um novo modelo de assistência ao parto que remete aos séculos anteriores, interrompendo o pensamento de que o parto deve ser tratado como uma doença em ambiente hospitalar. Essa abordagem prevê que o parto de baixo risco não deve necessariamente acontecer em ambiente hospitalar, mas sim onde a mulher sinta-se mais segura (domicílio, hospital ou casa de parto) (MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008).

Existem dois tipos de parto domiciliar: acidental e planejado. O primeiro ocorre quando a parturiente não é capaz chegar ao hospital a tempo de parir; já os planejados, foco do nosso trabalho, são assistidos por uma equipe multiprofissional cuidadosamente escolhida pelo casal. Nessa circunstância, o parto é planejado com esta equipe desde o início do pré-natal, possibilitando um parto seguro em domicílio (OMS, 1996). O Brasil apresenta atualmente 98 % de partos hospitalares; e somente 2 % domiciliares, incluindo os acidentais (MILFONT et al., 2011).

Quando se trata de segurança no parto, a ideia comumente difundida na população brasileira é a de que o parto domiciliar oferece risco à mãe e ao bebê, uma vez que não está inserido em ambiente hospitalar. No entanto, evidências de vários estudos, realizados no Brasil, Suíça e Canadá, demonstram que a segurança do parto domiciliar planejado não difere da segurança quando o parto é realizado em ambiente hospitalar (KOETTKER, BRUGGEMANN, DUFLOTH, 2013; SANFELICE, SHIMO, 2014).

A opção pelo local de parto deveria ser um direito da mulher, a qual deveria ser contemplada pelo sistema de saúde em sua decisão. Porém, o Hospital e Maternidade Sofia Feldman, situado em Belo Horizonte-MG, é a única instituição hospitalar no Brasil que oferece, há quatro anos, o parto domiciliar no âmbito do SUS. São parte da assistência: visitas às gestantes em casa durante o período pré-natal, consultas no hospital e orientação para o plano de parto, assistência ao parto domiciliar e consultas pós-parto a fim de avaliar as condições do binômio mãe-bebê e orientar os pais. Já foram atendidas no referido serviço 138 famílias, ficando evidente a satisfação das pacientes através dos vários relatos de parto (HSF, 2015). Tal instituição constitui um modelo a ser seguido na humanização do parto e incentiva a busca pelos ideais da humanização do parto e nascimento em todo o país.

Durante a revisão da literatura realizada para o presente estudo, foram encontrados diversos artigos sobre o parto domiciliar, abrangendo diferentes cenários da prática como qualidade da assistência fornecida pelas parteiras, partos domiciliares não planejados, o parto na visão da mulher, etc. Entretanto, não houve nenhum estudo realizado com casais; todos incluíram apenas mulheres ou profissionais.

Frente a esse cenário, destaca-se a importância de estudar a trajetória de casais com o parto domiciliar, a fim de identificar o que dificulta esse processo, contribuindo para que cada vez mais casais possam ter acesso a esse serviço com a qualidade e aceitação com que ele deve ser realizado. Dessa forma, o presente estudo foi norteado pela seguinte questão de pesquisa: Quais dificuldades e facilidades os casais vivenciaram para decidir e realizar um parto domiciliar?

Antes de responder como alcançar respostas à tal pergunta, apresentam-se a seguir os fatores que sustentaram - por meio da história do parto e nascimento no Brasil e no mundo, e das recomendações dos órgãos de classe sobre o parto domiciliar - as concepções, o cenário e o imaginário social sobre o parto.

1.2 A história e o resgate do processo de nascimento

A assistência ao parto sofreu diversas transformações ao longo do tempo. No presente tópico, discorre-se brevemente sobre a história do processo de nascimento.

Na Europa do século XVIII, a medicina organizava-se em uma pirâmide hierárquica que exibia no topo os físicos, os quais pouco sabiam do universo prático das doenças; logo abaixo encontravam-se os cirurgiões, que por sua vez atuavam em sangrias, aplicações de cremes e em cirurgias. Na base da pirâmide inseriam-se os boticários, responsáveis pela fabricação e comércio de medicamentos (MAIA, 2010; SANFELICE et al., 2014).

Nessa época, os partos das mulheres eram atendidos por outras mulheres (i.e., parteiras tradicionais, mulheres de confiança da vila, aldeia ou cidade). Tal cuidado era oferecido, na maioria das vezes, na própria casa das parturientes, cercadas de total privacidade. Ou seja, o parto era um ritual feminino, e não um ato médico. Em circunstâncias de complicações, os cirurgiões-parteiros ou barbeiros

eram chamados a intervir, tentando retirar o bebê de sua mãe que, na maioria das vezes, já estava sem vida (MAIA, 2010).

Os primeiros manuais de parto surgiram na Europa do século XVI, tendo sido elaborados por cirurgiões-barbeiros com objetivo de divulgar os conhecimentos da medicina greco-romana. Já no século seguinte, a comunidade médica passou a exercer maior controle sobre a atuação das parteiras, produzindo manuais que orientassem sua prática. Esse domínio se estendeu pelo século XVIII através da criação de escolas - comandadas por médicos - para formação de parteiras, mas a Obstetrícia só nasceu de fato nas escolas de medicina na primeira metade do século XIX.

Alguns anos mais tarde, a classe médica iniciou um movimento para que o parto fosse um evento atendido exclusivamente por profissionais médicos e dentro dos hospitais, fato que consolidou-se em meados do século XX. Ressalta-se que antes da criação da Obstetrícia, parteiras e médicos trabalhavam em conjunto; isto é, as parteiras atendiam partos de baixo risco enquanto os médicos eram acionados em casos de complicações.

A atuação médica no parto fortaleceu-se com a utilização de instrumentos cirúrgicos próprios para o parto - como o fórceps - e de práticas cada vez mais intervencionistas, a fim de construir uma imagem de superioridade em termos de conhecimento científico dos médicos em relação às parteiras, as quais faziam uso somente de suas mãos no atendimento ao parto (MAIA, 2010).

Ademais, a igreja medieval já havia perseguido parteiras e as condenado como feiticeiras e bruxas pela possível associação com os desfechos de aborto e infanticídio. O período do Iluminismo reforçou essa distorção, difundindo a associação entre parteiras e sujeira. Nesse contexto de perseguição e banimento, um conjunto significativo de conhecimento sobre o corpo feminino, a gestação e o parto se perdeu, assim como a figura das parteiras (MAIA, 2010).

No Brasil a história não foi diferente. Tradicionalmente, antes do século XIX, os partos eram atendidos pelas parteiras, mulheres de inteira confiança das famílias que detinham um saber empírico sobre gestação, parto e puerpério. Com a chegada da corte portuguesa no Brasil em 1808, foi inaugurada a primeira escola de medicina, na Bahia. No ano seguinte, com a mudança da família real para o Rio de Janeiro, uma segunda escola foi estabelecida nesta região. Ambas tinham o intuito

de ensinar cirurgia e arte obstétrica, mas na Bahia ensinava-se somente arte cirúrgica e anatomia (conhecimento advindo da Europa) (BRENES, 1991).

O curso de obstetrícia só teve início na Escola de Medicina da Bahia em 1818, sendo meramente teórico, visto que não haviam enfermarias para desenvolvimento da prática. Além disso, a formação dos profissionais de medicina deu-se de forma precária ao longo de todo século XIX, consequência de um quadro de agitação política e de revoluções que aconteciam no país, relegando a educação a segundo plano (BRENES, 1991).

Por outro lado, uma notável reforma para o progresso do ensino na área da saúde foi realizada em 1832, que trouxe a ampliação da duração do curso de medicina (seis anos), além da equivalência entre os cursos de medicina das escolas do país para concessão dos títulos de médico, de farmacêutico e de parteira, sem os quais nenhum profissional poderia exercer atividades de cura. Em 1832 teve início também o curso de obstetrícia para mulheres nas duas faculdades - Bahia e Rio de Janeiro (BRENES, 1991).

A dificuldade com a prática no curso de obstetrícia perdurou por mais alguns anos e muitas mulheres ainda se recusavam a parir nas precárias enfermarias, além de a figura do médico não gerar confiança. Foi somente em outubro de 1910 que a primeira maternidade foi inaugurada, e o curso de obstetrícia passou então a acontecer de maneira prática nesse espaço. Nesse contexto, a classe médica criou uma estratégia que forjou para a mulher uma nova subjetividade, garantindo aos médicos uma nova colocação na sociedade, tornando-as personagens mais ativas do que a mulher da colônia. Conforme descrito a seguir por Anayansi Correa Brenes (1991), o ponto de apoio para essa transformação foi a sexualidade feminina:

Sexualidade que foi descrita a fundo, com acurada precisão fazendo a mulher um ser frágil e inconstante, a quem somente os médicos poderiam orientar, por serem os únicos que a conheciam. A mulher criada no século XIX, que povoou as páginas do romance nacional, destacava-se pela sua constituição frágil e débil. Em geral, as mulheres são muito mais delicadas, mais ternas, mais sensíveis, mais pacíficas, mais de formar corações e conduzi-los que o homem. Foram criadas para ser esposas e mães. Todos os órgãos são delicados, flexíveis, fácil de excitar e ferir, suscetíveis em todos os sentidos. Os médicos não se limitavam a afirmações genéricas, onde exploravam aspectos psicológicos das mulheres. Seu discurso trazia observações que só poderiam se pautar sobre uma sólida observação que lhe garantia o rigor científico e a posse da verdade. (BRENES, 1991, p.145).

Sob esta perspectiva, os médicos passaram a introjetar nas mulheres - e na sociedade - a ideia de que só o médico seria capaz de cuidar de um ser frágil como a mulher. Tal estratégia visava levar as mulheres e parturientes para as clínicas, onde os estudantes pudessem aprender e ter mais experiência com a parte prática dos partos. Esses esforços em atrair as mulheres para todos os tipos de clínicas se consolidaram também no apelo formal da comunidade médica ao governo, solicitando ajuda para aumentar o número de mulheres nas clínicas, conforme ilustrado no trecho da carta da diretoria médica das escolas de medicina para o governo vigente:

Há uma séria objeção ao estabelecimento desta clínica que é a falta de parturientes, que de certo modo haveria com a organização atual; mas se o governo quiser tomar as devidas providências não somente abundarão as parturientes, mas obterá aumento da população, perfeito conhecimento dos nascimentos e evitará os infanticídios que se dão em grande número no Rio de Janeiro. A mulher pobre, para livrar-se de todos estes incômodos com toda a facilidade, preferirá parir no hospital do que em casa, e as pessoas que hoje acolhem facilmente uma mulher em trabalho de parto deixarão de fazê-lo para furtar-se às "exigências da lei. (BRENES, 1991, p. 147).

A partir disso, cada vez mais políticas públicas foram criadas, orientadas pelo discurso de resguardar a saúde materno-infantil; e o número de mulheres institucionalizadas para o momento do parto aumentou gradativamente, até tornar-se corriqueira a prática de dar à luz em ambiente hospitalar (BRUGGEMAN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

A história da assistência ao parto elucida que sempre houve uma certa competição entre as classes envolvidas em atender o parto - médicos e parteiras. Estas foram lentamente perdendo seus postos para o atendimento médico, sob o discurso de garantia de segurança e tecnologia, porém as intervenções excessivas transformaram a cena da assistência obstétrica. A cesariana - estratégia restrita aos casos de urgência - passou a ser realizada indiscriminadamente, o que definitivamente rompeu com a naturalidade do evento do parto. O avanço técnico-científico incontestavelmente trouxe melhorias à Obstetrícia. No entanto, o excesso de medicalização do parto furtou da mulher a qualidade de sujeito no processo de nascimento, excluindo sua participação ativa no decurso desse evento.

Outra consequência da migração da assistência ao parto para o modelo hospitalocêntrico reside no desaparecimento de outros personagens - família e conhecidos -, que antes acompanhavam essa mulher no rito do parto (BUSSADORI,

2003; NAGAHAMA, SANTIAGO, 2005). A popularização das cesarianas atingiu uma extensão tal que, no ano de 2013, representou a via de parto de 40 % dos nascimentos no SUS; e 84 % no sistema suplementar de saúde, ao contrário do que preconiza a OMS conforme já exposto anteriormente (MS, 2013).

O aumento nos índices de mortalidade materno-infantil, que acompanhou a era da medicalização do parto, impulsionou a OMS e o Ministério da Saúde (MS) a investir em políticas de melhoria na qualidade da atenção obstétrica, o que significou a reinserção da/o profissional enfermeira/obstetra/obstetriz no cenário de atenção à mulher.

Apesar da desvalorização social do papel da parteira/enfermeira/obstetra/obstetriz - perpetuada pela crença da maioria da população de que o atendimento ao parto deve ser exclusividade médica - o Decreto de Lei 96.406 de 1987 restabeleceu em algum nível a atuação dessas profissionais na assistência ao parto normal (i.e., identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico, realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessária) em uma tentativa de regularização das práticas realizadas por essas profissionais (BUSSADORI, 2003).

Dessa forma, a volta das enfermeiras obstetras agrega ao atendimento tanto qualidade técnico-científica, quanto apoio emocional e familiar nesse momento tão importante, apoio este que foi perdido quando o cuidado passou exclusivamente aos médicos nos hospitais. Resgatou-se a possibilidade de olhar o todo, de enxergar essa mulher não como um objeto incapaz, mas como sujeito que faz parte de um contexto, de uma família, de um trabalho, de uma cultura (SOUSA et al., 2016).

As movimentações sociais para mudar o modelo de assistência ao parto começaram em 1985 com a Conferência Internacional sobre Tecnologias apropriadas para o Nascimento, ocasião em que os próprios médicos verbalizaram a necessidade da reintrodução do profissional não médico no nascimento, no intuito de ressignificar o processo de parto e nascimento. Alguns relatos apontam que desde a década de 1950, algumas pessoas já buscavam formas mais naturais de nascer (BUSSADORI, 2003).

Em suma, a história da assistência ao parto permite identificar que, em séculos anteriores, o parto era entendido como um ato feminino, no qual mulheres apoiavam emocionalmente outras mulheres, e as ajudavam a parir em suas próprias casas. As parteiras tradicionais da comunidade assumiam a assistência ao parto das

mulheres que viviam ao seu redor. Com o passar dos anos e o desenvolvimento tecnológico, migrou-se para o modelo biomédico de assistência à saúde, que passou a tratar o parto como uma doença a ser tratada no hospital, com várias intervenções médicas, retirando, em parte, a autonomia das mulheres e a ideia de que o corpo seria suficiente para dar à luz. Esse modelo é utilizado ainda hoje na maior parte do país, também chamado de modelo tecnocrático (DINIZ, 1997; MARTIN, 1987; ROTHMAN, 1993; SANTOS, 2015).

Hoje, no século XXI, o movimento de humanização adentra o cenário da Obstetrícia em momento propício, fazendo oposição ao modelo atual de cesáreas indiscriminadas através da conscientização dos profissionais de saúde sobre práticas abusivas durante o parto, as quais não são baseadas em evidências científicas mas seguem perpetuadas na assistência. Tal movimento, que se caracteriza como social e de reivindicação de direitos no parto e nascimento, foi apoiado pela criação de órgãos como ReHuNa (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento). Esta rede busca despertar na população o sentimento de que pode ser diferente. *Blogs*, redes sociais, *websites*, rodas de discussão e grupos de apoio formam as bases do movimento, que ganha cada dia mais adeptos que descobrem o quão prazeroso o parto humanizado pode ser (DINIZ, 2005; FERREIRA, 2014; GRAZIANI, 2015).

O conceito de humanização do parto é polêmico, tendo várias representações e um conjunto amplo de modificações na prática atual. Uma delas é de que a humanização do parto nada mais é do que respeito, acolhimento e disponibilidade à população de um atendimento de qualidade ao parto. A ideia do movimento é que as pessoas precisam ter acesso às informações reais sobre riscos e benefícios de cada tipo de parto, possibilitando às mulheres escolherem conscientemente sobre seu corpo e seu parto, ou seja, tomando para si as rédeas desse fenômeno, que deve ocorrer da forma que a mulher deseja, desde que todas as condições sejam favoráveis. (DINIZ, 2005; MALHEIROS et al., 2012).

A busca pelo parto humanizado aumenta a cada dia. A possibilidade de vivenciar o parto e o nascimento sob uma nova percepção entusiasma casais e mulheres. Segundo algumas parturientes, protagonizar o parto, acolher o bebê logo após o nascimento e permanecer com ele no colo é uma experiência indescritível. Em consequência dessas vivências positivas, identifica-se o aumento pela procura

de tal modelo de nascimento, porém esta demanda ainda não foi absorvida, visto que a maioria dos hospitais não oferece esse serviço (DIAS; DOMINGUES, 2005).

A adequação da assistência obstétrica ao modelo humanizado de atenção deve refletir uma mudança completa nas instituições; do setor de limpeza à equipe médica e alta direção, com capacitações e atualizações que possibilitem novas abordagens no atendimento. Comportamentalmente, o desafio reside no fato de o ser humano ter dificuldade em abandonar suas rotinas e padrões para assimilar o novo, o que não difere entre as equipes de assistência ao parto hospitalar. Essa resistência é observada em todas as categorias, notadamente na médica, que não demonstra interesse em atualização pelas novas evidências científicas e recusa qualquer decisão informada da mulher durante o parto, perpetuando a crença de que a mulher é incapaz de parir, e dificultando, portanto, o acesso ao parto humanizado (KOETTKER et al., 2012; MEDEIROS, SANTOS, SILVA, 2008; SOUZA, 2005).

Com o desenvolvimento de estudos científicos de qualidade, procedimentos realizados rotineiramente na assistência ao parto são hoje desencorajados por não mostrarem nenhum benefício, além de elevar os riscos de complicação. A população, munida de informação, começa a apresentar cada vez mais interesse em se atualizar e escolher o que é melhor para o nascimento de seu bebê. O aumento no número de enfermeiras obstetras e obstetrizes, assim como a inserção das doulas no cuidado ao parto e os programas de incentivo do MS, constituem fatores que contribuem significativamente para essa mudança e para o resgate do nascimento como um evento fisiológico e natural.

1.3 O parto domiciliar e os órgãos de saúde no Brasil

A maioria da população ainda demonstra despreparo e preconceito com relação ao parto domiciliar, pois desconhece a forma como ele é realizado e respaldado em evidências científicas, perpetuando a ideia de que as pessoas que por ele optam estão desassistidas ou são irresponsáveis por não estarem no hospital (SANFELICE et al., 2014). Tal julgamento se mantém dada a crença de que estar no hospital representa total segurança, o que é uma inverdade. A realidade dos hospitais brasileiros é de inaptidão para atender a demanda de usuários, o que pode comprometer a qualidade do serviço oferecido, impactando não só na

segurança do atendimento prestado, mas também na individualidade merecida, em especial em se tratando de mulheres em trabalho de parto (CAPRIGLIONE, 2011).

A seguir, seguem algumas recomendações de órgãos de saúde e conselhos de classe sobre o parto domiciliar. O CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo), por meio da Resolução nº 111 de 2004, considera que:

A assistência ao parto, incluindo o de baixo risco, para maior segurança da parturiente e do concepto, deve ser feita em instituição hospitalar dotada de infraestrutura, uma vez que a possibilidade de um parto de baixo risco transformar-se em alto risco não é previsível. (CREMESP, 2004).

Este conselho determina ainda no Artigo 1º que “é vedado ao médico exercer atividades nos locais denominados Casas de Parto, por não serem os mesmos dotados de infraestrutura indispensável ao adequado atendimento à gestante, à parturiente e ao recém-nascido” (CREMESP, 2004), o que também se aplica aos casos realizados em domicílio.

Já o CFM (Conselho Federal de Medicina) por meio da Lei n. 001/2012, recomenda que a realização do parto ocorra em ambiente hospitalar de forma preferencial, por ser mais segura (CFM, 2012). Complementarmente, a FEBRASGO (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia) não recomenda a realização de qualquer tipo de parto fora do ambiente hospitalar. Em relação ao modelo de assistência obstétrica atual, recomenda que a assistência obstétrica seja oferecida à gestante em ambiente de menor risco possível (FEBRASGO, 2017).

O MS lançou, no ano de 2017, novas diretrizes de atenção ao parto normal e, ineditamente, recomenda que embora o parto domiciliar não esteja disponível em toda a rede SUS, não se deve desencorajar mulheres e casais no planejamento do parto no domicílio, desde que assegure-se que o casal que optar pelo planejamento do parto fora do hospital tenha acesso em tempo hábil e oportuno a uma maternidade (MS, 2017).

O COFEN (Conselho Federal de Enfermagem), em Nota Oficial Nº 001/2012/ASCOM, afirma que o enfermeiro tem competência científica, técnica e legal para a condução do parto domiciliar sem distócia, desde que o ambiente apresente condições mínimas de higiene, além de a gravidez ser de baixo risco e a gestante ter realizado pré-natal e preparo psicológico (COFEN, 2012). Da mesma forma, a ABENFO (Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras e Obstetrizes) defende que essa prática não traz prejuízo para atenção à saúde da mulher. Ao

contrário, contribui com a diminuição da morbimortalidade materna e perinatal, bem como com a diminuição de cesáreas, efetivando uma atenção à saúde de qualidade em defesa da vida. Porém, recomenda ser fundamental que haja um hospital de retaguarda para o caso de complicações (COREN-SC, 2016).

Podemos notar que os Conselhos regulamentadores de medicina são contra o parto domiciliar, por considerarem inseguro realizar o procedimento em casa, tendo o CREMERJ (Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro) inclusive proibido profissionais médicos de atender partos domiciliares, como mostra a Resolução 265/2012:

É vedada a participação do médico nas chamadas ações domiciliares relacionadas ao parto e assistência perinatal. Art. 2º É vedado ao médico participar de equipes de suporte e sobreaviso, previamente acordadas, a partos domiciliares. Art. 3º Ficam excetuadas as situações de urgência/emergência obstétrica, devendo ser feita a notificação compulsória ao CREMERJ, circunstanciando o evento. Art. 4º É compulsória a notificação ao CREMERJ, pelos Diretores Técnicos e plantonistas de unidades hospitalares, do atendimento a complicações em pacientes submetidas a partos domiciliares e seus conceitos ou oriundas das chamadas "Casas de Parto". Art. 5º O descumprimento desta Resolução é considerado infração ética passível de competente processo disciplinar. Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário. (CREMERJ, 2012, Artigo 1º).

Já os órgãos regulamentadores de enfermagem posicionam-se a favor do direito de escolha da mulher e que ela possa ser contemplada pelo parto domiciliar, se assim desejar, desde que tenha ao alcance profissional legalmente habilitado para atendê-la com segurança.

Em países como Austrália, Países Baixos, Canadá e Inglaterra, o domicílio é uma opção de local de parto amparada pelos respectivos sistemas de saúde, dependendo unicamente da decisão informada de casais e mulheres, que realizam seu pré-natal em um sistema em que enfermeiras obstetras são responsáveis por esse serviço, encaminhando a mulher para o médico somente se diagnosticado algum risco durante a gestação. Como elucidado anteriormente, estudos já realizados nesses países mostram que a segurança do parto domiciliar é equivalente à do hospitalar. Pesquisa holandesa sobre a segurança do parto em domicílio, considerada o maior estudo sobre o assunto, concluiu que a escolha pelo local de parto não eleva as taxas de mortalidade materna (JANSSEN et al., 2009; JONGE et al., 2009; KENNARE et al., 2010).

Não existe uma legislação nacional para o parto domiciliar, o que não significa que não existam recomendações de como a assistência deva acontecer, conforme exposto a seguir (COREN-SC, 2016):

- Equipe para o parto domiciliar: dois profissionais de saúde habilitados (médico obstetra, enfermeira obstétrica ou obstetriz) para o atendimento ao parto, registrados em seu respectivo conselho de classe e capacitados para o atendimento ao parto e ao recém-nascido em ambiente domiciliar. Esses profissionais devem ter treinamento atualizado a cada dois anos em reanimação materna e neonatal e emergências obstétricas;

- Materiais mínimos que devem estar disponíveis no domicílio (Quadro 1);

Materiais para atendimento ao recém-nascido	Materiais e medicamentos de urgência
<ul style="list-style-type: none"> • Luvas estéreis; • Ventilador com pressão positiva (ambu) com máscara para RN; • Aspirador e sondas de aspiração; • Cilindro de oxigênio 3 litros com fluxômetro; • Material estéril para clampeamento de cordão; • Manta térmica; • Estetoscópio infantil; • Balança; • Fita métrica; • Termômetro; • Seringas; • Agulhas; • Compressas estéreis; • Base rígida para reanimação; • Oxímetro; • Vitamina K. 	<ul style="list-style-type: none"> • Luvas estéreis; • Luvas de procedimento; • Garrote; • Álcool 70 %; • Catéteres de punção venosa; • Equipos para soro; • Esparadrapo; • Gazes estéreis; • Seringas; • Agulhas; • Sonda Foley; • Água destilada; • Ringer lactato; • Soro fisiológico; • Ampolas de ocitocina injetável; • Ergotrate ampola injetável; • Adrenalina.

Quadro 1 – Lista de materiais essenciais que devem estar presentes no domicílio na ocasião do parto.

FONTE: COREN-SC, 2016.

- O atendimento poderá ser iniciado por um dos profissionais e na hora do nascimento deverão estar presentes os dois profissionais; todo o atendimento será registrado em prontuário, incluindo a evolução do parto, os registros de ausculta fetal e os dados do parto e do recém-nascido, devendo o prontuário ser arquivado junto ao profissional pelo tempo determinado por lei;

- O atendimento deve incluir consultas de pré-natal suficientes para delinear o perfil da gestante, verificar a elegibilidade para o parto domiciliar, criar o vínculo e planejar o parto domiciliar. Todos os riscos envolvidos devem ser explicados ao casal para que eles tenham condições de decidir por qual caminho seguir;

- As consultas devem continuar com 24 h após o parto e com acompanhamento em até 72 h de pós-parto. Todos os exames preconizados pelo MS devem ser realizados com o recém-nascido, assim como os trâmites necessários para registro e seguimento do acompanhamento na saúde pública ou suplementar.

Frente a todo conteúdo exposto, a pergunta da presente pesquisa é: como casais que optaram pelo parto domiciliar vivenciaram esta experiência, desde a escolha até o parto?

1.4 Objetivos

Compreender os elementos que facilitaram e os que dificultaram a trajetória e vivência de casais com o parto domiciliar.

2. CAMINHO PERCORRIDO

2.1 Referencial teórico

O referencial teórico utilizado para "olhar" o fenômeno parto domiciliar foi à ótica da humanização e dos direitos reprodutivos, o que implica em compreender que, de acordo com os princípios da humanização, na especificidade do parto e nascimento, o parto domiciliar aparece como um espaço onde o exercício dessa humanização pode ser completo. O parto em casa permite ao casal e à família estarem livres das amarras, regras e protocolos das instituições hospitalares, impostos no processo de parto no ambiente hospitalar e que seguem o modelo tradicional de atenção ao parto e nascimento expostos no capítulo anterior, estabelecendo limites à prática da humanização.

O modelo tecnocrático de atenção ao parto que existe hoje nos hospitais é caracterizado pela supremacia da tecnologia, relegando a segundo plano as relações humanas. Por este modelo, o que prevalece é a ideia de passividade das mulheres, que são imobilizadas durante o parto (mentalmente e até fisicamente), enquanto sofrem intervenções dolorosas por profissionais desconhecidos, as quais na maioria das vezes apresentam a intenção de abreviar o tempo de nascimento (AQUINO, 2014).

Considerando SUS e sistema suplementar de saúde, o modelo tecnocrático se manifesta de maneira diferente, porém ambos não garantem informação de qualidade e respeito à autonomia da mulher, tornando o parto menos seguro, mais sofrido e doloroso (AQUINO, 2014).

A institucionalização do processo de parto e sua medicalização excessiva são fatores que claramente colaboram com a perda de autonomia da mulher e favorecem medidas intervencionistas, diminuindo a chance do sucesso do parto normal. Dados apontam que as mulheres atendidas em casa optam por posições não litotômicas para dar à luz, decisão que dificilmente podem tomar no parto hospitalar (COLACIOPPO et al., 2010).

A Fundação Perseu Abramo, em parceria com o SESC, realizou uma pesquisa no Brasil em 2010 e revelou o sombrio cenário da assistência ao parto. Os resultados demonstram que uma em cada quatro mulheres relatou ter sofrido algum tipo de violência na hora do parto. Existem várias formas possíveis de abuso e maus

tratos no parto - o que denomina-se de violência obstétrica ou violência institucional no parto e nascimento, dos quais destacaram-se na pesquisa: exame de toque doloroso, recusa de analgesia para alívio da dor, não explicação e não consentimento para realização de procedimentos, gritos de profissionais, recusa de atendimento, xingamentos e humilhações (FPA, 2010).

É direito da mulher escolher seu local de parto e equipe que irá assisti-la, assim como é seu direito ter uma assistência qualificada e individualizada. Não existe legislação nacional para o parto domiciliar, porém do ponto de vista da Constituição Brasileira, “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”. O Artigo 5º desta Constituição representa a “casa” que abriga nossos direitos e garantias fundamentais; a base sobre a qual se funda o sistema legal. As demais normas devem curvar-se diante desses direitos, sob pena de inconstitucionalidade. O Inciso II do Artigo 5º é a garantia de que podemos fazer tudo que não é proibido. Portanto, como não há lei que proíba o parto domiciliar, a mulher pode escolher ter seu bebê em casa e não deve ser recriminada por isso. Isso é chamado de princípio da legalidade (BRASIL, 1988).

O respeito da equipe à autonomia da mulher é fator principal na tomada de decisão pelo parto domiciliar, e um dos princípios da Carta de Direitos dos Usuários de Saúde (2006), que assegura ao cidadão atendimento que respeite seus valores e direitos, visando preservar sua cidadania durante o tratamento. Assim, o usuário deve consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida - depois de adequada informação - quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo se isso acarretar risco à saúde pública.

Em partos hospitalares, o respeito à autonomia da mulher no parto é pouco exercitado, ao contrário, intervenções comprovadamente prejudiciais, na maioria das vezes, são realizadas sem consentimento (CAPRIGLIONE, 2011). Defender a autonomia no parto é entender que cada mulher é um indivíduo único, com necessidades únicas, valores, expectativas e interações únicas, frutos da sua trajetória de vida, os quais precisam ser respeitados no cuidado em saúde no geral (LEÃO et al., 2013; CRIZÓSTOMO, NERY, LUZ, 2007).

Com o acesso à informação, as mulheres começaram a perceber que parir dependia basicamente delas; passando da postura passiva para ativa no processo de nascimento, fazendo escolhas pessoais sobre aspectos como a luz e a música do ambiente, sua alimentação e a posição em que ela se sentirá mais confortável

durante trabalho de parto e nascimento (FRANK, PELLOSO, 2013; LESSA et al., 2014).

Quando uma mulher se informa e se empodera, ela deixa para trás a ideia de que precisa fazer o que é imposto pelo médico e de que ela e seu corpo são incapazes. Podemos citar como exemplos de violência obstétrica: não poder gritar, ter que manter-se em posição ginecológica, receber episiotomia, permanecer em jejum e não ter liberdade para se movimentar. Essas e inúmeras outras intervenções ainda são realizadas como rotina, sem consentimento verbal da mulher, e não demonstram nenhum benefício ao binômio mãe-bebê. Em outras palavras, a humanização da assistência possibilita à mulher redescobrir o poder da sua palavra durante o processo e aumenta o empoderamento não só no parto, mas frente à própria vida, com novas possibilidades (RABELO; OLIVEIRA, 2010).

2.2 Delineamento da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva de abordagem qualitativa, estruturada com base em estudo de casos múltiplos.

A pesquisa qualitativa visa compreender e explicar aspectos da realidade que não podem ser quantificados, focando então na dinâmica das relações sociais. Este tipo de pesquisa trabalha com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a espaços mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, DESLANDES, GOMES, 2013; MINAYO, 2014).

O estudo de caso foi definido por Goode e Hatt (1973) como um meio de organizar dados sociais, preservando o caráter unitário do objeto social estudado, com intuito de mapear, analisar e descrever o meio, as relações e percepções frente a um fenômeno ou episódio em questão. Os objetivos do estudo de caso, segundo os autores citados acima, são:

- a) Compreender os esquemas de referência e as estruturas de relevância relacionadas a um evento ou fenômeno por parte de um grupo específico;
- b) Permitir um exame detalhado de processos organizacionais ou relacionais;

- c) Esclarecer os fatores que interferem em determinados processos;
- d) Apresentar modelos de análise replicáveis em situações semelhantes e até possibilitar comparações, quando no projeto, no decurso do trabalho de campo e nas análises, o investigador trabalhar com tipificações.

2.3 Local e população do estudo

O estudo foi realizado em uma cidade do interior de São Paulo, Brasil, com população aproximada de 240 mil habitantes, com área de 1.136,907 km² e densidade demográfica de cerca de 195 hab/km² (IBGE, 2015).

A população do estudo foi constituída por casais que vivenciaram o parto domiciliar de forma planejada e assistida por equipe capacitada. Ao todo foram realizados relatos com sete casais, dos quais dois foram excluídos por terem sido utilizados na elaboração do roteiro de relato. Sendo assim, a amostra final totalizou dez participantes, ou seja, cinco casais.

2.4 Seleção dos participantes

O primeiro casal de participantes foi escolhido pelo ciclo de convivência da pesquisadora. A partir do segundo casal, os participantes foram escolhidos por meio do método bola de neve (*snow ball*). Essa técnica é uma forma de amostra não probabilística utilizada em pesquisas sociais, em que os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes que, por sua vez indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto (BIERNACKI e WALDORF, 1981).

O convite para participação ocorreu através de envio prévio de mensagem entre participante e pesquisadora, ocasião em que a pesquisadora identificou-se informando a sua instituição, o objetivo da pesquisa e o método escolhido, além de mencionar de quem partiu a indicação para o contato com os potenciais participantes. Assim, os casais optavam por participar ou não do estudo. Houve somente uma recusa dentre os participantes indicados, e nesse caso, o casal que havia indicado anteriormente realizou uma nova indicação.

Após o contato, os participantes ficaram livres para escolher data e hora que lhes fossem mais convenientes para a coleta de dados. Todos escolheram realizar a coleta em sua própria residência. Destaca-se que devido à pesquisa ter sido realizada com casais, surgiram diversas dificuldades relacionadas ao agendamento de horários para que cada par estivesse junto durante os relatos, o que estendeu o tempo demandado para a coleta de dados, visto que foram necessários dois encontros com cada casal participante.

O segundo encontro foi realizado após a transcrição e análise primária dos dados, com intuito de que o casal pudesse ler e "validar" a análise, minimizando a possibilidade de interpretações errôneas sobre a fala dos participantes; e viabilizando o alcance dos objetivos de um estudo de caso, conforme descrito anteriormente. O término da coleta de dados se deu a partir do momento que o pesquisador identificou possuir material suficiente para análise e alcance dos objetivos da pesquisa e dos resultados esperados.

Quanto aos critérios de inclusão, o estudo abarcou casais com idade maior de 18 anos, residentes na área urbana da cidade onde foi realizada a coleta, que houvessem optado e vivenciado ao menos um parto domiciliar planejado e assistido por profissional de saúde habilitado, e com plena capacidade de comunicação e entendimento no momento da coleta de dados.

Foram excluídos casais indicados que tivessem sido atendidos pela equipe de parto domiciliar da pesquisadora, a fim de evitar vieses de pesquisa, visto que algumas situações poderiam não ser reportadas devido a possíveis constrangimentos por parte do casal.

2.5 Aspectos éticos

O presente estudo está em conformidade com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que institui diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Foi aprovado pelo comitê de ética em: 24/05/2016 (parecer nº 1.558.590). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) foi lido, explicado e entregue aos participantes para assinatura e aceite de participação na pesquisa.

2.6 Construção do instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi inspirada em instrumentos de orientação comunicativa propostos pela Metodologia Comunicativa, idealizada por Gómez e colegas (2006). Este método é pautado por duas teorias; a Teoria do Agir Comunicativo de Habermas (2012a, 2012b) e a Teoria da Dialogicidade de Freire (FREIRE, 1987).

O núcleo principal do pensamento habermasiano encontra-se fundamentado na questão da racionalidade. Jürgen Habermas buscou em uma nova teoria aquietar seus grandes questionamentos a respeito dos efeitos que o positivismo exercia nas sociedades modernas, cujas razões técnica e instrumental eram dominantes criações do capitalismo. Assim, por meio de pesquisas buscou compreender, de um novo modo, a racionalidade, desenvolvendo a ação comunicativa, na tentativa de resgatar as tarefas de uma teoria crítica da sociedade, negligenciadas pela crítica da razão instrumental (FIEDLER, 2006). Esta racionalidade acarreta na ciência um instrumento de dominação, poder e exploração, ou seja, a Teoria Crítica sustenta que toda forma de ensino/educação produz a dominação de um ser humano sobre o outro.

Habermas propõe então pensar a razão para além da racionalidade instrumental, reconhecendo a capacidade da ação humana de transformar o mundo, o que denomina de racionalidade comunicativa, que abre margens para fundamentar uma teoria da ação humana constituída entre o agir instrumental e o agir comunicativo, e compreende a realidade como uma construção social, que depende da interação entre pessoas e dos significados estabelecidos mediante a intersubjetividade e as pretensões de validade (HABERMAS, 2012a, 2012b).

Paulo Freire apresenta em meados dos anos de 1970 o conceito de dialogicidade, compreendendo que, por meio do diálogo, as pessoas podem mudar o mundo e a si mesmas utilizando-se da dialética de ação e reflexão. Ele defende a transformação através do diálogo respeitoso, onde todos são detentores do saber, exercitando a neutralidade nas relações e minimizando as relações de poder (FREIRE, 1987, 2005).

A perspectiva comunicativa crítica integra a dualidade sujeito/objeto, por meio da intersubjetividade e da capacidade de ação-reflexão-ação (reflexão e autorreflexão), que permitem às pessoas transformar o seu entorno e o mundo. O diálogo é a ferramenta para a construção do conhecimento e das relações, por meio

do qual os seres humanos fazem a pronúncia da palavra verdadeira. E o diálogo se dá na interação entre as pessoas ou grupos de pessoas, mediados pelo mundo, com o mundo e com os outros no mundo; estabelecendo-se assim, a dialogicidade nas relações humanas no processo dinâmico da comunicação a partir das pretensões de validade do argumento; e não por suas posições de poder (FREIRE, 1987, 2005; GÓMEZ et al., 2006).

Segundo Freire (1987), ao trabalhar o conceito de “humanização” e de “ser mais”, afirma que nascemos com a vocação ontológica e histórica para nos humanizarmos e ser mais. Entretanto, constatamos dualidades como:

[...] A desumanização, que não se verifica, apenas, nos que têm a humanidade roubada, mas também ainda que de forma diferente, nos que a roubam, é distorção da vocação de ser mais. É distorção possível na história, mas não vocação histórica. Na verdade, se admitíssemos que a desumanização é vocação histórica dos homens, nada mais teríamos a fazer, a não ser adotar uma atitude cínica ou de total desespero. A luta pela humanização, pelo trabalho livre, pela desalienação; pela afirmação, pela afirmação dos homens como pessoas, como “seres para si”, não teria significação. Esta somente é possível porque a desumanização, mesmo que um fato concreto na história, não é porém, destino dado, mas resultado de uma ordem injusta que gera violência dos opressores e esta, o ser menos [...] (FREIRE, 1987, p. 16).

O conceito de humanização de Paulo Freire vai de encontro à humanização na saúde, em especial no parto e nascimento.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi o relato comunicativo, que se caracteriza como uma entrevista diferenciada que estabelece diálogo entre o pesquisador e o participante, de forma a interpretar e refletir sobre a vida cotidiana do participante no estudo. Neste diálogo ambos participam da compreensão dos processos; o pesquisador expõe seus conhecimentos científicos sobre o tema em estudo e contrapõe à vivência e saberes do participante. São elaboradas perguntas-chave ao participante para desenrolar-se o diálogo de acordo com questões identificadas anteriormente. Essas perguntas são determinadas por um roteiro pré-estabelecido (GÓMEZ et al., 2006).

O roteiro de relato comunicativo foi construído juntamente com casais do convívio da pesquisadora e que apresentavam os mesmos critérios da população estudada, porém não fizeram parte da amostra, colaborando exclusivamente com a construção do roteiro. Este foi esboçado pela pesquisadora e ajustado segundo sugestões de melhoria propostas pelos casais durante as entrevistas, resultando em

duas partes: (i) Caracterização e dados socioeconômicos e (ii) Relato comunicativo em si.

Quanto à segunda parte, o relato comunicativo foi composto por 15 tópicos norteadores, organizados em três temas principais: "História familiar"; "Vivência da gestação e tomada de decisão pelo parto domiciliar" e "Vivência do parto" (Apêndice A).

2.7 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada de março a maio de 2017 (três relatos) e também nos meses de novembro e dezembro de 2017 (dois relatos) totalizando aproximadamente 15 horas de gravação em áudio.

O TCLE era apresentado e lido para os casais no início do encontro e após concordância e assinatura, era iniciado o diálogo, norteado pelo roteiro. Os encontros foram realizados no domicílio dos participantes e tiveram duração média de duas horas cada. Todos os relatos foram gravados com gravador digital/celular para posterior transcrição.

Foi solicitado que cada casal escolhesse um codinome para substituir seus nomes originais, de acordo com alguma pessoa que os inspirou ou influenciou positivamente no processo de construção do parto domiciliar. Também foi solicitado que cada casal definisse com uma palavra a experiência de cada parto vivenciado (tanto hospitalares como domiciliares); e que indicassem, em uma escala de zero a 10, qual valor expressava essas experiências de parto.

Ressalta-se a importância do vínculo, da confiança e da horizontalidade no diálogo entre entrevistador e entrevistado. Dessa forma, podem-se minimizar as barreiras de poder, facilitando a comunicação e estabelecendo uma relação de veracidade no momento da coleta de dados.

2.8 Análise dos dados

A análise dos dados extraídos dos relatos transcritos foi realizada de acordo com a Análise de Conteúdo Temático (ACT) proposta por Bardin (2011).

Segundo a autora, a ACT analisa e identifica um ou vários temas ou itens de significação, numa unidade de codificação previamente determinada. Realizar uma análise temática implica identificar os núcleos de sentido que compõem a comunicação, onde a presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analítico visado.

Essa análise se organiza em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento e interpretação dos resultados obtidos. Na **pré-análise** ocorre a organização propriamente dita do material extraído (i.e., escolha dos documentos a serem submetidos à análise, formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final). Já a **exploração do material** consiste basicamente em operações de codificação, decomposição ou enumeração. Por fim procede-se ao **tratamento dos resultados** obtidos e respectiva **interpretação**, pelos quais os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos.

2.9 Etapas da pesquisa

- **1ª etapa:** Aproximação com casais que tenham vivenciado a experiência de parto domiciliar, com o intuito de, a partir das observações do pesquisador nas interações com eles, construir o roteiro do relato comunicativo;

- **2ª etapa:** Construção do roteiro (Apêndice B), o qual, neste tipo de método, foi inspirado nos instrumentos de orientação comunicativa e prevê a construção em espaços de diálogo entre pesquisador e casais do círculo de convivência da pesquisadora (GÓMEZ et al., 2006);

- **3ª etapa:** Aproximação com potenciais participantes da pesquisa. Buscou-se primeiramente casais do convívio social da pesquisadora, e a partir do primeiro relato o próprio casal indicou outros, caracterizando a coleta em bola de neve;

- **4ª etapa:** Realização do relato comunicativo. Foram agendados os dias e horário dos encontros, de acordo com as possibilidades dos participantes, com gravação em áudio;

- **5ª etapa:** Transcrição e análise do material coletado, conforme descrito anteriormente;

- **6ª etapa:** Realização de um segundo encontro com os casais para "validação" da análise realizada.

3. DIALOGANDO SOBRE PARTO COM CASAIS: RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização dos casais

Foram realizados relatos comunicativos com dez participantes (cinco casais). Por meio dos dados sociodemográficos e obstétricos coletados, foi possível caracterizar (Quadro 2) e codificar os nomes dos participantes (Quadro 3).

Com relação aos aspectos sociodemográficos, os participantes apresentaram idade entre 28 e 45 anos, sendo que todos os casais viviam juntos e tinham entre dois e quatro filhos. A maioria dos casais vivia com mais de cinco salários mínimos. Sete participantes possuíam escolaridade correspondente ao Ensino Superior completo (Quadro 2).

Considerando dados obstétricos, quatro casais realizaram o acompanhamento pré-natal na saúde suplementar. Previamente ao parto domiciliar, dois dos casais já haviam experimentado a via de parto abdominal, e dois casais tiveram a experiência de parto normal hospitalar. O financiamento de parto domiciliar foi 100 % particular em todos os casais (Quadro 2).

Variáveis	Casal 1	Casal 2	Casal 3	Casal 4	Casal 5
Idade (mulher / homem)	39 / 40 anos	35 / 35 anos	42 / 45 anos	30 / 31 anos	28 / 29 anos
Nº de filhos (mulher / homem)	2	2 / 4	3 / 2	2	2
Renda	> 10 SM	> 5 SM	> 5 SM	3-4 SM	> 5 SM
Escolaridade (mulher / homem)	Superior completo / Pós-Graduação	Pós-Graduação / Ensino médio	Superior completo / Superior completo	Superior completo / Superior incompleto	Superior completo / Superior incompleto
Antecedentes obstétricos	G5; PV2; A2	G2; PC1; PV1	G3; PC1; PV2	G2; PV2	G2; PV2
Pré-natal	Suplementar	Suplementar / Particular	Suplementar	SUS / Suplementar	Suplementar
Via de parto	Vaginal	Abdominal / Vaginal	Abdominal / Vaginal / Vaginal	Vaginal / Vaginal	Vaginal / Vaginal
Local de parto	Hospital / Domicílio	Hospital / Domicílio	Hospital / Domicílio / Domicílio	Domicílio / Domicílio	Hospital / Domicílio
Financiamento do parto	Convênio / Particular	Convênio / Particular	Convênio / Particular / Particular	Particular / Particular	Convênio / Particular

Quadro 2 – Descrição do perfil sociodemográfico e obstétrico dos casais participantes.

SM: salários mínimos; A2: dois abortos anteriores; G2: duas gestações; G3: três gestações; G5: cinco gestações; PC1: um parto cesárea; PV1: um parto vaginal; PV2: dois partos vaginais.

Casal	Codínomes adotados	Relato comunicativo
1	Isaura e Fred	R1
2	Amara e Roque	R2
3	Maria e Jonas	R3
4	Ana e Carlos	R4
5	Jorge e Isabel	R5

Quadro 3 - Codificação dos nomes dos participantes do presente estudo.

Quando observa-se o Quadro 4 simbolicamente, pode-se perceber a força e significância que a experiência de parto domiciliar teve na vida desses casais.

Casal	Nota atribuída ao PD	Palavra atribuída ao PD
1	10	Perfeito
2	10	Conquista; tranquilidade
3	10	Força; coragem
4	10	Avassalador
5	10	Paz

Quadro 4 – Nota e palavra atribuídos pelo casal ao parto domiciliar.

PD: parto domiciliar.

3.2 História de cada casal

3.2.1 Casal 1: Isaura e Fred (R1)

O primeiro relato comunicativo foi realizado no dia 11 de março de 2017 e teve duração de 02h40min. Isaura e Fred têm 39 e 40 anos respectivamente, são casados e atuam profissionalmente na área de jornalismo e computação. Têm dois filhos com dois e 3,5 anos. Isaura, na ocasião do primeiro relato, estava grávida de 24 semanas do terceiro filho. Isaura e Fred moram juntos com os dois filhos, sendo que Fred passa alguns dias por mês fora de casa a trabalho. Juntos têm uma renda de aproximadamente cinco salários mínimos.

O primeiro filho nasceu de parto normal hospitalar, e o segundo de parto domiciliar planejado. Isaura fez acompanhamento do pré-natal na saúde suplementar nas duas gravidezes, e na segunda gestação contratou equipe particular para o parto domiciliar, uma vez que o convênio e o SUS não oferecem esse serviço na cidade onde residem. A palavra que escolheram para definir a experiência de parto domiciliar foi "perfeito", atribuindo a ela a nota máxima de 10. Ao parto hospitalar anterior, a nota dada por eles foi cinco.

3.2.2 Casal 2: Amara e Roque (R2)

O primeiro relato foi realizado no dia 13 de abril de 2017; e o segundo em 12 de setembro de 2017. Roque e Amara moram juntos em união estável, atuando profissionalmente na área de educação/arte e arquitetura, respectivamente. Roque tem dois filhos mais velhos de outro relacionamento e juntos eles têm dois filhos, com idades de três anos e 10 meses. A renda familiar é de aproximadamente cinco salários mínimos. O primeiro filho nasceu de cesariana após uma transferência de parto domiciliar planejado; o segundo nasceu de parto domiciliar planejado. O pré-natal e a cesariana foram realizados via saúde suplementar, enquanto o parto domiciliar, via financiamento particular. A palavra que Amara escolheu para definir seu parto domiciliar foi "conquista" e Roque escolheu "tranquilidade". Os dois concordaram que, de zero a 10, a nota para o parto normal domiciliar foi 10; e para o hospitalar foi zero.

3.2.3 Casal 3: Maria e Jonas (R3)

O primeiro relato foi realizado no dia 05 de maio de 2017 e o segundo encontro ocorreu em 25 de setembro de 2017. Maria e Jonas têm 42 e 45 anos respectivamente, moram juntos em união estável e trabalham como empresários autônomos. Maria tem uma filha mais velha de outro relacionamento e juntos eles têm dois filhos, de quatro e 1,5 ano. A renda familiar é de aproximadamente cinco salários mínimos. O primeiro filho de Maria nasceu de cesariana na saúde suplementar, os outros dois filhos nasceram de parto domiciliar planejado, com

financiamento particular. O pré-natal de todos os filhos foi realizado via saúde suplementar. A palavra que ela escolheu para definir o último parto foi "força" e ele, "coragem". Ambos escolheram a nota 10 para o parto domiciliar e cinco para o hospitalar.

3.2.4 Casal 4: Ana e Carlos (R4)

O primeiro relato foi realizado em 10 de dezembro de 2017 e o segundo, oito dias depois. Ana e Carlos têm 30 e 31 anos respectivamente, são casados e moram juntos. Ana trabalha na administração de uma escola e Carlos é analista de sistemas. Juntos têm dois filhos, de cinco e dois anos. A renda familiar corresponde à faixa de três a quatro salários mínimos. O primeiro filho do casal nasceu em um parto domiciliar planejado sem intercorrências, tendo o pré-natal ocorrido no SUS e o parto domiciliar por financiamento particular. O segundo filho do casal nasceu também em um parto domiciliar planejado sem intercorrências. Ana realizou o pré-natal pelo convênio e financiou o segundo parto domiciliar. A palavra escolhida pelo casal para definir o primeiro parto foi "avassalador", e para o segundo, Ana definiu como "avassalador" e Carlos, como "fácil". Em uma escala de zero a 10 a nota escolhida para os dois partos foi 10.

3.2.5 Casal 5: Isabel e Jorge (R5)

O primeiro relato foi realizado no dia 19 de dezembro de 2017 e o segundo encontro ocorreu após três dias. Isabel e Jorge têm 28 e 29 anos respectivamente, e moram juntos em união estável. Isabel é psicóloga e Jorge empresário. Juntos possuem dois filhos, de seis e três anos. A renda familiar é de mais de cinco salários mínimos. O primeiro filho do casal nasceu em um parto normal hospitalar, com pré-natal e parto via saúde suplementar. O segundo filho do casal nasceu em um parto domiciliar planejado sem intercorrências. Isabel realizou o pré-natal pela saúde suplementar e financiou o parto domiciliar. A palavra que o casal escolheu para representar o parto domiciliar foi "paz". A nota escolhida para o parto hospitalar foi oito, e para o domiciliar, 10.

Enfatizo aqui a importância de ter realizado esse trabalho com casais, e não somente com mulheres; todos os homens participaram ativamente durante os encontros e muito puderam contribuir com suas experiências.

3.3. Resultados

Após análise detalhada dos dados, foram identificadas quatro categorias temáticas, nomeadas em: 1) "Fugindo do modelo vigente de atenção ao parto"; 2) "Experiências familiares negativas com parto normal"; 3) "Movimento de busca de informações e empoderamento" e 4) "Apoio (ou não) da família e dos amigos".

3.3.1 *Fugindo do modelo vigente de atenção ao parto*

Nesta categoria foram reunidas todas as falas que sinalizam informações sobre o modelo de atenção ao parto que ainda vigora na maioria das maternidades do país, denominado pela literatura de modelo tecnocrático de atendimento ao parto (DAVIS-FLOYD; ST. JOHN, 1998), que se caracteriza como centrado na figura médica e na incapacidade do corpo da mulher em parir um bebê.

Isaura, por exemplo, relatou que acompanhar o parto da irmã representou uma importante vivência pessoal para a sua escolha pelo parto domiciliar.

“Uma coisa que me impressionou também foi o parto mesmo, dela, aquilo realmente me influenciou. O marido gravou o parto e ela mostrou. Foi cesariana, agendada. (...)a médica sugeriu, ela aceitou (...) ela avisou toda a família que ia ser tal dia, toda a família foi, tinha um café onde eles davam uma senha, que você acessava pelo celular, e a gente assistiu o parto pelo celular (...) por causa da experiência da minha irmã eu achava que aquilo não poderia ser daquele jeito.” (R1, Isaura, 39 anos; G5; PV2; A2).

Isaura teve também seu primeiro parto no hospital, o que trouxe importantes elementos para a tomada de decisão pelo parto domiciliar na segunda gestação.

“Foi bom ter no hospital, mas eu não estava feliz por um motivo, por vários, mas um principal que foi depois da fase ativa, me deu um sono profundo e eu deitei, ele deitou, a doula deitou e todo mundo capotou, e nesse momento entrou a enfermeira humanizada do hospital. Quando ela viu aquela situação, ela abriu a porta e olhou aquilo, ela fechou a porta, e voltou de novo sugerindo que a gente devesse usar ocitocina, porque se eu dormisse eu não ia parir normal (...) eu tinha na minha cabeça aquilo, quando eu falei para o Fred (marido) “Eu não quero passar de novo por uma moça avaliar que eu não posso dormir”, fui ler sobre dormir depois da fase ativa, que era muito comum e tal, mas eu achava que comigo tinha tido algum problema, por toda aquela situação do hospital” (R1, Isaura, 39 anos; G5; PV2; A2)

Roque, companheiro de Amara (G2; PC1; PV1), aponta como fator importante no modelo vigente o afastamento do homem do universo feminino, principalmente no parto, e enfatiza que só teve um olhar mais sensível para o processo de gestação e paternidade porque, quando criança, teve a oportunidade de acompanhar sua irmã no processo de gestação e parto, participando e entendendo mais ativamente todo esse processo.

“O homem é excluído da questão da família. Ele é colocado como provedor do trabalho e a mulher é a responsável pela família. Então é totalmente ao contrário. Acho que é isso. Acho que é trazer essa sabedoria... é colocar o menino desde criança nas tarefas de casa, na criação de filho. Porque é uma atividade em conjunto. Não é exclusiva (...). Se o cara não está instruído, se o cara não está sensibilizado para tudo isso, vai piorar muito mais a saúde da mulher. Eu, por exemplo... Amara teve vários problemas em relação ao corpo dela, ao psicológico. Se eu não tivesse atento, ciente e consciente de tudo isso talvez a gente não tivesse mais nem casado” (R2, Roque, 35 anos, companheiro de Amara; G2; PC1; PV1).

Ao relatar os detalhes do primeiro parto, Amara e Roque recordaram a vivência de desfechos negativos neste parto que a princípio era domiciliar, mas necessitou transferência e culminou em cesárea. Presenciaram situações humilhantes de desqualificação e descaso pelos profissionais de saúde com a sua opção pelo parto domiciliar, além da falta de analgesia de alívio à dor do parto,

situações que fortaleceram a convicção de que o parto domiciliar seria a melhor opção, mesmo frente à transferência para o hospital e o desfecho da cesariana nesta primeira gestação.

“Amara me dizia, Roque pelo amor de Deus, tá doendo, vem para cá, pelo amor de Deus”. Aí eu cheguei aqui na frente dela, dei o apoio para ela poder se segurar. Foi quando o anestesista disse: ‘Sai que você está me atrapalhando, sai daí, sai’. Eu lembro que o anestesista foi bem irônico.” (R2, Roque, 35 anos, companheiro de Amara; G2; PC1; PV1).

“(…) Porque ele (médico anestesista) chegou, eu lembro perfeitamente que estava se lavando, a coisa de lavar era bem na minha frente e o Roque não estava na sala. Isso me marcou muito. Ele olhou para o Obstetra, que estava se lavando também e falou assim: ‘Mais um parto domiciliar que elas desistiram’. Eu vi que ele tirou uma onda comigo. Ele tratou como se a gente fosse fraca, é uma desvalorização da mulher e isso é muito chato.” (R2, Amara, 35 anos; G2; PC1; PV1).

No segundo parto de Amara, a transferência ocorreu após o nascimento do bebê, por ela apresentar um sangramento aumentado nos pós-parto imediato. Amara relata maus tratos, que se caracterizaram como violência obstétrica, desde o momento em que a ambulância chegou para levá-la para o hospital até quando foi recepcionada pela equipe no hospital, exemplificando o desrespeito da equipe hospitalar frente à importância do consentimento para a realização de procedimentos.

“A hora que chegamos foi assustador. Porque eu ainda estava na maca do SAMU. Foi uma enfermeira que eu sei a cara dela até hoje, magrinha, me fazendo um toque sem permissão. Foi nojento o que ela fez comigo, e eu dei um grito, na cara dela: ‘Tira a mão’; falei: ‘Eu fiz um parto domiciliar para não ter que passar por isso.’” (R2, Amara, 35 anos; G2; PC1; PV1).

Ana relatou enfrentar dificuldades em atendimentos de urgência, o que mais uma vez trouxe elementos do modelo de atenção vigente, que proporcionaram segurança na escolha pelo parto domiciliar.

“Quando eu estava com três meses de gestação, tive um sangramento e fui parar no hospital, aí já começou a minha ressaca com ir para o hospital, não fui mal atendida, mas me senti ‘carne’ e não um ser humano. Com oito meses tive pedra no rim, fiquei três dias internada, já queria um domiciliar, mas nessa internação tive certeza, porque dá um desespero ver aquele monte de mãe, e os obstetras chegando e falando: vamos para cesárea? Como se fosse fazer compras. E ainda por cima me trataram com diagnóstico errado... Sem o mínimo de respeito no atendimento.” (R4, Ana, 30 anos; G2; PV2).

A fuga do modelo vigente da atenção ao parto e nascimento não significa que o parto domiciliar seja um "mar de rosas". Como qualquer modelo em formação, necessita de constante reflexão sobre sua prática, o que é ilustrado neste estudo através dos relatos que apontam indícios de dificuldade de comunicação entre equipe e familiares.

“Só aquela apreensão na hora do parto mesmo, que a parteira pegou começou a falar com o bebê, muito assim de forma que me deixou apreensivo, às vezes isso aflige, e você não consegue falar com ela. No primeiro parto, quando chegou a hora, ela também teve uns fatores assim, de aumentar a tensão... e também foi ocultado, entendeu? Elas não abrem o jogo pra você.” ... “Essa que é a realidade. Você é o pai, você não é a parturiente. O que você está fazendo lá? E todo mundo esconde o jogo. Os dois partos foram a mesma coisa, você via que estava tenso o negócio e não se fala nada... Então, cada um está em um papel e meu papel não é um papel que está ativo. Entendeu? E pra quem não está ativo, uma comunicação ajuda, e a falta de comunicação atrapalha. Simples. Não tem segredo.” (R3, Jonas, 45 anos, companheiro de Maria; G3; PC1; PV2).

A fuga do modelo convencional também permitiu aos casais deste estudo que seus filhos mais velhos pudessem presenciar o parto, como elucida Isaura.

“É gostoso domiciliar porque não tem nenhum estresse, a gente foi passear, fomos no clube, fomos dar uma volta a pé. Toda a preocupação que eu tinha com o primeiro filho né, de ficar estressado, ele adorou. Ele estar no parto foi assim super

importante pra mim. Porque se fosse no hospital não ia poder levar.” (R1, Isaura, 39 anos; G5; PV2; A2).

”Isso foi uma coisa muito importante, eu acho. Quando a Isaura falou que ele não podia ir pro hospital, talvez tenha sido o ‘break’ pra mim. Foi, foi ótimo.” (R1, Fred, 40 anos, companheiro de Isaura, G5; PV2; A2).

3.3.2 Experiências familiares negativas com parto

Esta categoria integra as experiências familiares com o parto, o que permitiu identificar que, para a maioria das famílias dos participantes, o parto normal era visto de forma negativa. Tais aspectos podem ser observados no relato a seguir.

“A minha avó me contou uma história muito forte de quando meu tio nasceu, ela estava em casa, o pai dela chegou com um amigo e queria comer. Ela estava em trabalho de parto. Ela falou que acordou e sentiu bastante contração, imagina, era o quarto filho. Ela falou que ela foi fritar linguiça para o pai dela, e para o amigo do pai, que queria comer linguiça e beber cachaça. E ela conta que se segurava na pia e agachava, a cada contração e não podia contar, ela falava que ‘essas coisas de mulher a gente não falava para os homens o que estava acontecendo’. Ninguém sabia, você tinha que esconder. Ela falou que passou o dia todo cozinhando, fazendo as coisas em casa. Ela ia ao banheiro e a bolsa dela estava escorrendo de pouquinho. Ela falou que ia lá e trocava a toalinha e voltava para trabalhar (...) quando ficou de noite, ela avisou que o bebê ia nascer. E aí meu avô saiu de casa para chamar uma pessoa para ajudar e na hora que a pessoa chegou, já tinha nascido, nasceu com ela mesma. Ela conta com muita dor, porque ela não teve amparo... E da minha mãe é uma história bem pesada. Porque ela quase morreu. Ela teve hemorragia e precisou de transfusão de sangue, não amamentou a minha irmã. E a minha irmã conta que a terapia que faz hoje é porque ninguém olhou para ela quando nasceu, ninguém olhava para o bebê, porque estava todo mundo desesperado pela minha mãe quase morrer. Então é isso. A minha família associa parto a sofrimento e a falta de estrutura.” (R2, Amara, 35 anos; G2; PC1; PV1)

Roque, companheiro de Amara, conta que em sua família as experiências também foram ruins.

“Eu sou o quarto filho. Todos os outros nasceram em casa, mas o primeiro deu trabalho para nascer e aí entrou aquelas histórias das parteiras antigas que sobem em cima da barriga e empurra, ela conta isso. Quando foi o meu parto disseram para ela esperar na maca, que machucou muito ela, mas o que ela ficou muito invocada, porque reclamaram de ela ter parido ali na sala de espera e que sujou todos os lençóis e ela gritou, assustou, achando que eu tinha caído no chão, que eu tinha me machucado.” (R2, Roque, 35 anos, companheiro de Amara; G2; PC1; PV1).

Maria (R4, 43 anos; G3; PC1; PV2), conta que na família dela parto, nunca o parto foi algo bonito.

“Eu sempre ouvi na minha família que parto era uma coisa muito difícil, que as mulheres na minha casa não tinham dilatação, minhas irmãs super sofreram nos partos, uma delas – a quem eu sou mais ligada – falava muito do primeiro parto dela, do abandono que ela sentiu no hospital e do sofrimento que foi para ela, tão nova, porque teve filho cedo, viver essa experiência da maneira como foi. Então, eu tenho esses registros. Por parte da minha mãe, a mesma coisa. Sempre tinha uma coisa complicada. Eu nunca ouvi, desde que eu me lembre, eu nunca ouvi como uma experiência benéfica, para família... prazerosa, bonita, era sempre um sofrimento. Sempre um sofrimento, uma dor, então, esse registro é o que eu tenho.” (R4, Maria, 43 anos; G3; PC1; PV2).

Jonas, 45 anos, companheiro de Maria, apresenta história semelhante em sua família.

“Eu sou a quinta gestação, nasci de parto normal a fórceps, meus dois irmãos anteriores faleceram. A terceira gestação faleceu após o parto, a a quarta gestação, eu não sei, acho que faleceu antes, foi no terceiro mês ou coisa do tipo. Então, eu meio que rompi certas barreiras, mas fui a fórceps” (R4, Jonas, companheiro de Maria; G3; PC1; PV2).

Isabel conta das experiências negativas da avó e da mãe.

“A minha avó materna teve dois normais em casa, mas foi muito traumatizante para ela... muito forte, muita violência..., os outros 2 foram no hospital” (...). Minha mãe teve o segundo bebê no HU em São Paulo, e ela recebeu um monte de toque de um monte de aluno. Ela disse que na hora que ia nascer entrou um monte de gente no quarto para assistir, e aí ela levantou para mandar todo mundo embora e eles seguraram ela a força na cama, deram uma anestesia a força, ela não queria tomar e ela teve muita dor de cabeça e o bebê não pode ficar com ela, único motivo pelo qual ela escolheu o HU (por conta do alojamento conjunto). (R5, Isabel, 28 anos; G2; PV2).

3.3.3 Movimento de busca de informações e empoderamento

A análise em conjunto com os casais permitiu identificar que 100 % deles tiveram contato com o parto humanizado e domiciliar após um movimento de busca de informações que produziu o empoderamento pessoal para decidir por este tipo de parto. As fontes de informação englobam principalmente o GAPN (Grupo de Apoio ao Parto Natural) existente na cidade onde a pesquisa foi realizada. Isaura relata a importância de ter participado do GAPN.

“Então, a gente começou a buscar informações, foi num grupo de gestante do GAPN, Grupo de Apoio ao Parto Natural, a gente ia em todos. A gente tirava dúvida, não sabia ainda, eu tinha ideia de doula, do parto domiciliar, eu fazia ideia por coisas que eu lia na internet. Aí eu fui no grupo, e colírio, episiotomia, manobra na barriga, todos os procedimentos (que não devem ser realizados) eu fui descobrindo lá. Então, a minha cabeça foi sendo formada para um parto humanizado,” (R1, Isaura, 39 anos; G5; PV2; A2).

Maria também aponta o grupo como ponto principal para a decisão do casal.

“Ter acompanhado o GAPN, E muita leitura. Eu li muitas coisas, assisti muitos vídeos, muitos documentários. Eu acho que é isso... a gente foi se empoderar (...). Participando do GAPN também teve essa tomada de consciência, que era uma coisa mais tranquila, e também que as coisas no hospital são meio... abusivas. É muito abusivo, é muito abusivo... O hospital é uma intervenção abusiva (...) Foi essencial porque pelo GAPN, levam os livros, os depoimentos, você vê as histórias das pessoas, então foi o ponto de apoio principal” (R4, Maria, 43 anos; G3; PC1; PV2).

Ana buscou informações e também acompanhou este grupo de apoio:

“Quando eu engravidei eu pensei assim... quero o melhor para minha filha. Então fui pesquisar o que era melhor. Uma amiga me passou o site da UOL de gravidez e comecei a ouvir falar de parto natural, foi quando comecei a pesquisar e descobri o GAPN, e comecei a frequentar lá.” (R4, Ana, 30 anos; G2; PV2).

Isabel tinha uma concepção de parto normal que mudou após orientação de equipe humanizada e indicação do GAPN.

“Eu assistia programas de parto na televisão, e aquele era meu modelo de parto, chegar no hospital, tomar anestesia, etc., a gente teve um primeiro contato com o parto natural em um evento de estudantes de psicologia, um stand em que uma pessoa falou que foi em uma palestra de parto orgástico, dai fiquei abismada e comecei a me informar mais. Um dia, a gente estava passando na rua e vimos o A. do N. (empresa de parto domiciliar) e fomos nos informar. Elas nos informaram sobre o GAPN e fomos só melhorando nossas informações. Foi um mundo que se abriu de possibilidades” (R5, Isabel, 28 anos; G2; PV2).

3.3.4 Apoio (ou não) da família e dos amigos

Esta última categoria foi citada unanimemente pelos participantes, tanto positiva quanto negativamente.

Isaura e Fred (R1, 39 e 40 anos respectivamente; G5; PV2; A2) não puderam contar com apoio da família dele na decisão pelo parto domiciliar, e essa falta de apoio se estendeu no pós-parto, o que dificultou muito a adaptação a esta nova fase, visto que Isaura – cuja mãe é falecida - esperava ter a presença de sua sogra nesse momento. Já na família de Isaura, somente sua irmã se posicionou contra o parto domiciliar; os demais familiares não se proferiram contra nem a favor, o que também não favorece tal escolha. Imaginar que poderia estar tomando uma decisão equivocada repercutiu de maneira tão intensa em Isaura, que ela permaneceu observando o comportamento do bebê ansiosamente, buscando alguma possível anormalidade decorrente do parto.

“Minha sogra no dia seguinte do nascimento me mandou um e-mail com o título ‘Lucky child’ - criança sortuda, e aí me mandou duas notícias da imprensa de duas crianças que morreram no parto domiciliar. Ela não apareceu, ela veio aqui um mês depois, ficou dois dias e foi embora, e nunca mais apareceu. (...) A família de Fred não entendia o porquê de nós (casal) insistirmos no parto domiciliar e interpretava essa decisão como irresponsabilidade dos pais ao colocar em risco, não só o nascimento, mas o futuro do desenvolvimento de seu bebê, o que gerou angústia no casal. (...) Eu fiquei seis meses esperando essa criança sentar; claro começou a ficar de bruços com três eu já “Ufa”, sentou com seis “Ufa” e assim foi indo até ele começar a andar, falar, até eu falar “Pronto, ele não tem nenhum problema que pode ter sido causado pelo parto”. Então eu passei um tempão, porque eu seria crucificada totalmente por ter escolhido um parto (domiciliar).” (R1, Isaura, 39 anos; G5; PV2; A2).

A falta de apoio da irmã de Isaura também ficou evidente no relato.

“(...) eu contei para ela (irmã) ‘Ah, eu estou querendo fazer em casa’. Ela é advogada, a resposta dela foi ‘Você sabe que não pode fazer isso, tem a lei baseada tal não sei onde, a lei tal’. Eu falei ‘Muito obrigada, tchau’, desliguei e nunca mais falei sobre parto.” (R1, Isaura, 39 anos; G5; PV2; A2).

Amara (R2, 35 anos; G2; PC1; PV1) não teve apoio de sua família desde o começo; já a família de Roque se posicionou a favor do parto domiciliar. No final da gestação de Amara, houve grande pressão familiar para o nascimento do bebê, que

estava “passando da hora”, reforçando a falta de apoio no processo. No caso de Ana (R4, 30 anos; G2; PV2), parte da família dela não se conformava com a decisão pelo parto domiciliar, e a desencorajava constantemente. Carlos (R4, companheiro de Ana; G2; PV2) relata que sua família nunca interferiu na decisão.

“A gravidez inteira foi minha família brigando para que eu fosse para o hospital. Todo mundo falava: ‘Você é louca, quer ter normal tudo bem, mas vai para o hospital. E se tiver cordão enrolado?’ Minha prima é médica, brigou comigo falando que o hospital era mais seguro, que viu vários partos normais dando errado (...) pessoas que a gente conversava falavam... ‘Mas vai nascer em casa? Mas pode morrer a criança, não pode fazer isso, questionando se a bolsa estourar... se o cordão enrolar...’.” (R4, Ana, 30 anos; G2; PV2).

Isabel passou por várias situações de desencorajamento por parte da mãe, que apesar de ver o parto normal como algo bom, alegava que a filha não aguentaria a dor.

“Minha mãe desde pequena me falava que eu era fraca para dor, me apoiava no parto normal, mas me falava que eu não ia aguentar, então quando cheguei para conversar com a médica, já cheguei falando de analgesia... e aí trabalhamos isso durante o pré-natal, e em 10 semanas eu desconstruí essa ideia.” (R5, Isabel, 28 anos; G2; PV2).

3.4 Discussão

A fuga do modelo de atenção ao parto violento e desrespeitoso vem sendo discutida pela literatura e vários autores sinalizam o despreparo das equipes de saúde em compreender o processo gravídico-puerperal em sua totalidade (FRANK, PELLOSO, 2013; SANFELICE, SHIMO, 2014; MEDEIROS, SANTOS, SILVA, 2008), o que implica a compreensão não somente dos aspectos biológicos específicos deste período, apontando a necessidade de mudança de modelo. Neste sentido, 80 % dos casais da presente pesquisa revelaram que o fato de ter acompanhado partos hospitalares de familiares ou de ter vivenciado um parto hospitalar permitiram a eles conhecer a dinâmica do modelo vigente de atenção ao parto praticado na

maioria dos hospitais brasileiros, o que motivou a busca pelo parto normal, natural e domiciliar, na tentativa de evitar intervenções desnecessárias, permitindo assim com que o processo acontecesse da forma mais natural possível. Crizóstomo, Nery e Luz (2007) também encontraram em seu estudo mulheres que optaram pelo parto domiciliar em fuga ao sistema atual e na busca pela redução de intervenções.

O modelo de atenção ao parto hospitalar intervencionista perpetua mitos e crenças da população sobre o parto domiciliar, que discriminam aqueles que optam por ele. Segundo Rapoport e Piccinini (2006), os casais, muitas vezes, escondem das demais pessoas a decisão pelo parto domiciliar, na tentativa de se protegerem destas situações, inclusive dos profissionais do sistema de saúde, que também carregam seus mitos e crenças quanto ao parto domiciliar. Neste contexto, segundo alguns autores, a rede de apoio social do casal fica prejudicada, especialmente em condições de estresse no pós-parto, o que pode dificultar o desenvolvimento do apego seguro entre bebê-mãe e afetar a criança (DAVIM, MENEZES, 2001; MEDEIROS, SANTOS, SILVA, 2008). O apoio social então é visto como um fator de proteção contra situações estressoras, aspecto que pouco pode ser explorado em partos hospitalares. Já nos partos domiciliares, dado que as equipes de parto domiciliar estabelecem uma conexão com o casal, é possível estar atento à identificação da rede de apoio social.

Um dos depoimentos na presente pesquisa evidenciou que as memórias de vivências anteriores de parto hospitalar geraram lembranças negativas que prejudicaram o vínculo, e impulsionaram o casal a buscar formas de ressignificar essa experiência. Já os casais que haviam tido um parto domiciliar anterior não tiveram dúvidas com relação ao próximo parto, aspecto evidenciado nos estudos de Feyer e colegas (2013).

Estudo de Sanfelice e Shimo (2015) evidenciou abusos relatados por mulheres que incluíram humilhação, violência física, realização de procedimentos sem consentimento, falta de ética na confidencialidade de informações, ameaças, negação de métodos de alívio da dor, falta de privacidade, entre outras, aspectos também evidenciados na presente pesquisa.

A fuga do modelo vigente da atenção ao parto e nascimento não significa que o parto domiciliar seja um "mar de rosas". Como qualquer modelo em formação, necessita de constante reflexão sobre sua prática, o que é ilustrado neste estudo através dos relatos que apontam indícios de dificuldade de comunicação entre

equipe e familiares. Este potencial entrave indica a necessidade de alinhar a forma como a equipe se reporta ao casal, notadamente no que diz respeito à evolução do trabalho de parto que, independente do local onde ocorra, gera inseguranças as quais são intensificadas por tais circunstâncias. A realização de estudos acerca desse assunto é extremamente importante, visto que não se encontra na literatura tal abordagem. Compreender se a autonomia do casal está sendo respeitada como um todo, assim como o que pode ser melhorado na prática do parto domiciliar é imperativo para que se entregue a excelência pretendida nesse modelo de assistência.

A fuga do modelo convencional também permitiu aos casais deste estudo que seus filhos mais velhos pudessem presenciar o parto, uma vez que nas instituições hospitalares a mulher tem direito a somente um acompanhante durante o parto e no pós-parto, o qual deve ser maior de idade (BRASIL, 2005). Ainda assim, diversos hospitais não cumprem nem a lei do acompanhante, sob alegações várias, dentre elas a de que a estrutura do hospital não comporta uma pessoa a mais para cada paciente. Ou seja, nesse ambiente o acompanhamento da família durante o nascimento é praticamente inexistente. Ressalta-se que em algumas cidades como João Pessoa-PB, a entrada da doula como profissional da equipe já é amparada legalmente (PMJP-PB, 2015).

Estudo de Davim e Menezes (2001) traz resultados semelhantes acerca da satisfação materna com o acompanhamento dos filhos mais velhos no parto domiciliar. Da mesma maneira, os profissionais de saúde envolvidos recebem positivamente a presença do filho mais velho durante esse processo (FRANK; PELLOSO, 2013). Feyer e colegas (2013) abordam tal questão dentro de um contexto de rituais de cuidados realizados pela família no parto domiciliar. Tal estudo identificou que parir em família confirmava a ideia de que o processo deve ser vivido como um evento do ciclo vital, envolvendo as crianças naturalmente no rito do parto.

Para a maioria das famílias dos participantes da presente pesquisa, o parto normal era visto de forma negativa, visão reforçada pelo histórico de cesarianas na maioria dos nascimentos dos familiares mais próximos (sobrinhos, netos). A percepção do parto domiciliar por estes personagens era ainda pior, visto que hospital e médico foram relatados como itens indispensáveis a um nascimento; julgamento que se aproxima do modelo vigente de atenção ao parto no Brasil já citado anteriormente.

Neste sentido, as experiências anteriores das famílias dos casais evidenciam o evento da transgeracionalidade, que se baseia no pressuposto de que o indivíduo é parte de uma história pré-existente, da qual é herdeiro involuntariamente, dado que a sua identidade é construída a partir do legado familiar que determina qual lugar o indivíduo passa a assumir na família, ou seja, nas famílias ocorre a transmissão de padrões de uma geração para a outra (WAGNER, 2014). Dessa forma, as experiências negativas de parto na família foram transmitidas como eventos de sofrimento e maus tratos nas histórias dos casais da presente pesquisa.

Para Wagner (2014), a quebra de um padrão familiar - quando não se cumpre determinado papel ou função - pode gerar sentimentos de abandono, solidão, culpa e fracasso. Assim, a liberdade e desejo de agir conforme a própria vontade, sem sentir culpa, apresenta-se associada às relações familiares.

Sanfelice e Shimo (2014) e Matão e colegas (2016) também identificaram a falta de responsabilidade atribuída aos casais que optam por um parto domiciliar, ampliando ainda mais a falta do apoio, o qual é tão importante nesse processo. Similarmente, os profissionais que atendem esse tipo de parto recebem pouco ou nenhum incentivo, somado à perseguição dos conselhos de classe de outros profissionais contrários a essa prática.

Todos esses fatores levam a sociedade a ser pouco ou nada compassiva com os casais que optam por esse tipo de parto - sob o discurso de que tal decisão abdica de tecnologia, modernidade e segurança do hospital (SANFELICE; SHIMO, 2014; SANFELICE et al., 2014), o que também pode ser observado na presente pesquisa.

A análise em conjunto com os casais permitiu identificar que 100 % deles tiveram contato com o parto humanizado e domiciliar após um movimento de busca de informações que produziu o empoderamento pessoal para decidir por este tipo de parto. As fontes de informação englobam principalmente o GAPN (Grupo de Apoio ao Parto Natural) existente na cidade onde a pesquisa foi realizada.

Todos os casais relataram que as fontes de informação e empoderamento foram essenciais para a escolha pelo parto domiciliar. Nenhuma decisão foi repentina, mas avaliada cuidadosamente por um longo período em que muita informação foi necessária para consolidar essa opção.

Os casais evidenciaram que a informação veio inicialmente através de amigos que viveram o parto domiciliar ou estavam também em processo de busca, e foram sustentadas por meio de grupos de apoio, grupos de internet e leituras científicas complementares. Estes dados também aparecem no estudo de Lessa e colegas (2014), no qual a informação para a opção pelo parto é foco principal do estudo.

De acordo com Sodré, Merighi e Bonadio (2012), a essa decisão pelo parto domiciliar após estudo e busca de informações dá-se o nome de escolha informada e decisão compartilhada entre casal e profissionais da saúde. A busca por informações se faz necessária ao identificar, no cenário nacional, que a maioria dos profissionais envolvidos na assistência ao ciclo gravídico-puerperal não estão cientificamente atualizados, conseqüentemente fazem uso de práticas que podem prejudicar a saúde do binômio mãe-bebê. A partir dessa necessidade, os casais rompem com essa “zona de conforto” do modelo em que o médico é considerado detentor de todo o conhecimento, e inicia sua própria busca científica para decidir o que considera melhor para o momento do nascimento.

A busca por informação é fator comum à população que considera um parto domiciliar, porém privilegia indivíduos de maior poder aquisitivo e escolaridade, por disporem principalmente de acesso ilimitado à internet e a informações mais específicas sobre o modelo biomédico atual, dados estes que corroboram com o estudo de Sanfelice (2015). Dessa forma, o processo de busca por informações faz com que casais consigam ultrapassar as barreiras e fragilidades do sistema, gerando um universo de novas possibilidades, dentre elas, notadamente, a opção pelo parto domiciliar.

Do ponto de vista do apoio ou não da família e amigos, houveram situações em que a família apoiou a decisão do casal pelo parto domiciliar; e outras que culminaram em ruptura de relacionamento com integrantes da família. Ficou evidente nos relatos em que houve falta de apoio, que a família e amigos compreendiam essa decisão como um ato irresponsável do casal, pois julgavam estarem colocando a vida da mãe e do bebê em risco. A presença do médico era por eles considerada imprescindível, e o hospital seria o ambiente mais seguro caso houvesse alguma intercorrência, visão pautada pelo modelo vigente de atenção ao parto.

Com relação ao apoio de amigos, notou-se que 100 % dos casais tiveram seu primeiro contato com o parto domiciliar através de amigos que já haviam ouvido falar ou já haviam passado por tal experiência. Amigos de outros círculos, por sua vez, desencorajaram os casais pelos mesmos motivos das famílias, rotulando a irresponsabilidade do casal pela escolha.

Segundo Domingues e colegas (2014), a falta de apoio é resultado das experiências familiares negativas com o parto (mãe, avó, irmã, etc.), tanto as mais antigas como as atuais, dado que são experiências que foram insatisfatórias, cheias de intervenções e violência obstétrica, reforçando a visão negativa do parto para a família. Tais histórias de partos com intervenções e “sofrimento” referem-se a uma questão institucional que se tornou cultural no Brasil; as histórias de medo e terror no parto cresceram nas famílias justamente por elas terem passado por episódios insatisfatórios no parto, e a cesárea acaba nesses casos sendo o melhor caminho, por considerarem não haver sofrimento.

Na visão dos familiares da presente pesquisa, estes acreditam estar protegendo a mãe e o bebê, já que não desejam que seu filho ou filha vivenciem situações difíceis e negativas como as que eles passaram. O novo modelo de assistência ao parto, pautado na humanização e nos direitos reprodutivos, ainda é recente e pouco difundido no Brasil, de forma que a falta de informação sobre os procedimentos carrega mitos e preconceitos referentes ao parto. Quando o nome parto domiciliar é citado, esse pré-conceito é maior ainda, visto que o médico não está inserido no processo e que o parto ocorre fora do ambiente hospitalar.

Quando a falta de apoio familiar leva a rupturas, Feyer e colegas (2013) apontam que cortar vínculos com a família gera um procedimento de separação. Mesmo que temporário, esse processo tem a finalidade de reafirmar que os agentes decisórios dos fenômenos de parto e nascimento interessam somente à intimidade do casal em sua vida privada.

Dos pontos de vista histórico e social, na época em que o parto passou a ser um evento médico e não fisiológico, a mensagem disseminada através de gerações foi a de que a mulher era incapaz de ter um bebê sem ajuda do médico e das tecnologias disponíveis em um hospital; que seu corpo não funciona sozinho; que hospital é sinônimo de segurança; e que o médico é o único profissional capaz de atender esse evento (BRENNER, 1991). O processo que mudará a opinião das famílias em torno do parto é longo, mas já vem ocorrendo. Na medida em que haja

mais informações disponíveis e profissionais capacitados, melhores atendimentos poderão ser oferecidos para as mulheres no parto, iniciando para as famílias futuras a disseminação de histórias positivas e satisfatórias de parto.

4. CONCLUSÕES

Na atual condição obstétrica do país, de cesáreas indiscriminadas e desrespeito à capacidade de autonomia da mulher, o parto domiciliar resgata a naturalidade do processo, mas acima de tudo a autonomia da mulher sobre seu corpo e suas decisões no processo de nascimento. Evidencia-se assim a necessidade de um processo de ressignificação do sistema de saúde, tornando a mulher e família protagonistas do parto e nascimento e priorizando o apoio e respeito à autonomia da mulher em qualquer instância.

O domicílio não tem regras ou amarras e, desde que priorizada a segurança do binômio mãe-bebê, tudo que for da vontade do casal pode ser realizado. A satisfação referida pelos casais foi imensa, principalmente quando comparada a experiências anteriores de partos hospitalares. Todos eles afirmaram que em caso de futuros filhos o domicílio continuaria sendo a escolha do local de parto. Valorizar as experiências satisfatórias e bem-sucedidas de casais com o parto domiciliar é também indispensável para ancorar a transformação da visão cultural do parto em casa.

A fuga do modelo vigente foi a principal razão pelas qual os casais escolheram um parto domiciliar. Neste caminho, lidar com as experiências negativas da família com relação ao parto e suas influências gerou falta de apoio na maioria dos casos; e derrubar essa barreira só foi possível devido à busca ativa por informação e consequente empoderamento do casal.

Ressaltando-se a discussão sobre apoio familiar, uma questão importante vem à tona: como as famílias podem apoiar os casais nessa decisão se os próprios órgãos de saúde médicos como CRM não apoiam e consideram a prática arriscada e perigosa? Analisando essa questão e o trabalho aqui realizado, observa-se que esse obstáculo, assim como a grande maioria, pode ser superado através da informação e educação em saúde. Para mudar esse cenário, educar e ensinar, assim como buscar informações de qualidade, torna-se imperativo para que a população se reconheça nessa nova possibilidade e exija dos poderes públicos e órgãos de saúde, práticas baseadas em evidências e atualizações no cenário do parto domiciliar.

No contexto do modelo biomédico e tecnocrático, a mudança em direção à assistência humanizada já acontece em alguns locais do Brasil, porém o caminho é

extenso e demorado. As bases da saúde necessitam sustentar-se sobre evidências científicas atualizadas, a fim de que práticas prejudiciais à mulher sejam extintas na assistência; outrossim para que a concepção e visão negativa acerca do parto normal comecem a ser de fato culturalmente transformadas. Associadas a isso, a informação e a melhora da qualidade do pré-natal com a participação de equipe multidisciplinar são imprescindíveis.

Ao olhar os fenômenos parto normal e domiciliar, percebemos que o Brasil ainda possui uma longa jornada de evolução à frente. Para as mulheres, a escolha do local de parto deve ser direito explícito, sendo dever do sistema de saúde prover um ambiente livre de julgamentos a fim de atendê-las com respeito, acolhimento e empatia independente das circunstâncias.

Por um lado, esta pesquisa apontou indícios de que quando a equipe de parto domiciliar não se comunica adequadamente, em especial com os familiares, não colocando-os a par de todos os acontecimentos, estes sentem-se excluídos do processo, aspecto que merece ser aprofundado em pesquisas posteriores. Por outro lado, o presente estudo também desperta a atenção para explorar a experiência de famílias com os filhos mais velhos que presenciaram o processo do parto, o que não é passível de se concretizar em âmbito hospitalar. Novas pesquisas são necessárias acerca de identificar também qual o nível de garantia da autonomia da mulher e respeito ao casal no parto domiciliar.

As limitações deste estudo perpassam a não possibilidade de generalização dos resultados, dado que as condições socioeconômicas dos casais diferem de outros, as quais imprimem contextos diversos que não permitem serem replicados; contudo, apontam diversos desafios a serem superados não somente pelos casais, mas também pelos profissionais de saúde, em especial pelas equipes de parto domiciliar e pelo sistema de saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

AQUINO, E. M. L. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S8-S10, 2014.

BALASKAS, J. **Parto Ativo – Guia Prático para o Parto Natural**. São Paulo: Ground, 1993. 302p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Ed. revista e ampliada, Trad. por RETO, L. A.; PINHEIRO, A. São Paulo: Grupo Almedina, 2011.

BIERNACKI, P.; WALDORF, D. Snowball Sampling: Problems and techniques of Chain Referral Sampling. **Sociological Methods & Research**, v. 10, nº 2, p. 141-163, 1981.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292p.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, 08 de abril de 2005.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 135-149, 1991.

BRUGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1316-27, 2005.

BUSSADORI, J. C. C. **Parto humanizado na percepção dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência ao parto**. Dissertação (Mestrado) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

CAPRIGLIONE, L. Uma em 4 mulheres relata maus-tratos durante parto. **Folha de São Paulo**, 2011 [Internet]. Folha de São Paulo. 2011; Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2402201101.htm>>. Acesso em 28 set. 2017.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Decisão do CFM sobre parto domiciliar**. 2012. Disponível em: <http://www.cremal.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21349> Acesso em 28 set. 2017.

COFEN – CONSELHO FEDERAL E ENFERMAGEM. **Nota oficial nº 001/2012/ASCOM**. 2012. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/nota-oficial-no-0012012ascom_15533.html> acessado em 28/09/2017>. Acesso em 28 set. 2017.

COLACIOPPO, P. M.; KOIFFMAN, M. D.; GONZALEZ RIESCO, M. L.; SCHNECK, C. A.; OSAVA, R. H. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Rev Enf Ref.**, v. 3, n. 2, p. 81-90, 2010.

COREN-SC – CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. **Nota sobre o parto domiciliar planejado.** 2016. Disponível em: <<http://www.corensc.gov.br/2016/10/21/nota-sobre-o-parto-domiciliar-planejado/>>. Acesso em 28 set. 2017.

CREMERJ - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO. **Dispõe sobre a proibição de participação do médico em partos domiciliares.** 2012. Disponível em: <<http://old.cremerj.org.br/legislacao/detalhes.php?id=989&item=1>>. Acesso em 28 set. 2017.

CREMESP - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. **Não há parto sem risco.** 2004. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=429>>. Acesso em 28 set. 2017.

CRIZÓSTOMO, C. D.; NERY, I. S.; LUZ, M. H. B. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. **Esc. Anna Nery**, v. 11, n. 1, p. 98-104, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 out. 2017.

DAVIM, R. M. B.; MENEZES, R. M. P. Assistência ao parto normal no domicílio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 9, n. 6, p. 62-68, 2001.

DAVIS-FLOYD, R.; ST. JOHN, G. **From doctor to healer: the transformative journey.** New Jersey: Rutgers University Press, 1998.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 699-705, 2005.

DINIZ, C. S. G. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social.** Dissertação (Mestrado) da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1997. 209p.

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DINIZ, C. S. G.; DUARTE, A. C. **Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também).** São Paulo: Unesp. 2004. 102p.

DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; TORRES, J. A.; D'ORSI, E.; Pereira, A. P. E.; Schilithz, A. O. C.; Leal, M. C. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. S1, p. S101-S116, 2014.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 out. 2017.

ENSP - ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. **Nascer no Brasil - Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento**. Sumário Executivo Temático da Pesquisa, 2014. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em 02 jan. 2018.

FEBRASGO - FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Sugestões para Discussão da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Disponível em: <http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/24145/4113496_312323.pdf>. Acesso em 25 set. 2017.

FERREIRA, H. F. **Dialogando sobre paternidade e cuidado em saúde: a perspectiva comunicativa crítica**. Dissertação (Mestrado) da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos. 2014. 137p.

FEYER, I. S. S.; MONTICELLI, M.; BOEHS, A. E.; SANTOS, E. K. A. Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 6, p. 879-86, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 jan. 2018.

FIEDLER, R. C. P. A teoria da ação comunicativa de Habermas e uma nova proposta de desenvolvimento e emancipação do humano. **Revista da Educação**, v. 1, n. 1, p. 93-100, 2006.

FPA - Fundação Perseu Abramo. Núcleo de Opinião Pública. Gravidez, filhos e violência institucional no parto. In: **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: pesquisa de opinião pública**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2010. Disponível em: <<http://csbh.fpabramo.org.br/node/7247>>. Acesso em: 27 dez. 2017.

FRANK, T. C.; PELLOSO, S. M. A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 1, p. 22-29, 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 23ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2005. 148p.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987. 107 p.

GÓMEZ, J.; LATORRE, A.; SÁNCHEZ, M.; FLECHA, R. **Metodología Comunicativa Crítica**. Barcelona: El Roure Editorial S.A., 2006. 149p.

GOODE, W.; HATT, P. **Métodos em pesquisa social**. São Paulo, SP: Nacional. 1973.

GRAZIANI, I. F. **A experiência da participação de mulheres em grupos de apoio na vivência do parto**. Dissertação (Mestrado) da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos. 2015. 153p.

HABERMAS, J. **Teoria do agir comunicativo: Racionalidade da ação e racionalização social**. São Paulo: WMF Martins Fontes, v. 1, 2012a. 704p.

_____. **Teoria do agir comunicativo: Racionalidade da ação e racionalização social**. São Paulo: WMF Martins Fontes, v. 2, 2012b. 811p.

HSF - HOSPITAL SOFIA FELDMAND. **Atenção à mulher**. Disponível em: <<http://www.sofiafeldman.org.br/2015/01/05/sofia-comemora-um-ano-de-parto-domiciliar/>>. Acesso em 29 set 2015.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354890&search=sao-paulo|sao-carlos>>. Acesso em 30 mar. 2017.

JANSSEN, P. A.; SAXELL, L.; PAGE, L. A.; KLEIN, M. C.; LISTON, R. M.; LEE, S. K. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. **CMAJ**, v. 181, n. 6-7, p. 377-83, 2009.

JONGE, A.; GOES, V. D.; RAVELLI, A. C. J.; AMELINK-VERBURG, M. P.; MOL, B. W.; NIJHUIS, J. G.; GRAVENHORST, J. B.; BUITENDIJK, S. E. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low risk planned home and hospital births. **BJOG**, v. 116, n. 9, p. 1177-84, 2009.

KENNARE, R. M.; KEIRSE, M. J. N. C.; TUCKER, G. R.; CHAN, A. C. Planned home and hospital births in South Australia, 1991-2006: differences in outcomes. **Med J Aust.**, v. 192, n. 2, p. 76-80, 2010.

KOETTKER, J. G.; BRÜGGEMANN, O. M.; DUFLOTH, R. M.; OTHILL, R. K.; MONTICELLI, M. Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 747-50, 2012.

KOETTKER, J. G.; BRÜGGEMANN, O. M.; DUFLOTH, R. M. Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 1, p. 15-21, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 jan. 2018.

LEAO, M. R. C.; RIESCO, M. L. G.; SCHNECK, C. A.; ANGELO, M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2395-2400, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 out. 2017.

LESSA, H. F.; TYRELL, M. A. R.; ALVES, V. H.; RODRIGUES, D. P. Social relations and the option for planned home birth: an institutional ethnographic study. **Online Braz. J. Nurs.**, v. 13, n. 2, p. 239-49, 2014. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4163>>. Acesso em 04 jan. 2018.

_____. Informação para a opção pelo parto domiciliar planejado: Um direito de escolha das mulheres. *Texto contexto - Enferm.*, v. 23, n. 3, p. 665-672, 2014.

MAIA, M. B. **Humanização do parto, política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 189p.

MALHEIROS, P. A.; ALVES, V. H.; RANGEL, T. S. A.; VARGENS, O. M. C. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto Contexto Enferm.*, v. 21, n. 2, p. 329-37, 2012.

MARTIN, E. **The Woman in the Body: a Cultural Analysis of Reproduction**. Boston: Beacon Press, 1987. 276p.

MARTINS-COSTA, S. H.; HAMMES, L. S.; RAMOS, J. G.; ARKADER, J.; CORRÊA, M. D.; CAMANO, L. **Cesariana - Indicações**. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2002. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/032.pdf>. Acesso em 02 out. 2015.

MATÃO, M. E. L.; MIRANDA, D. B.; COSTA, B. P.; BORGES, T. P. A visão médica do parto domiciliar: factível ou utópico? *R. Enferm. Cent. O. Min.*, v. 6, n. 2, p. 2147-55, 2016.

MEDEIROS, R. M. K.; SANTOS, I. M. M.; SILVA, L. R. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. *Esc. Anna Nery Rev Enferm*, v. 12, n. 4, p. 765-72, 2008.

MILFONT, P. M. S.; SILVA, V. M.; CHAVES, D. B. R.; BELTRÃO, B. A. Exploratory study on the implementation of guidelines for a safe delivery and satisfaction of women. *Braz J Nurs.*, v. 10, n. 3, 2011. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3493/1099>>. Acesso em 28 set. 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407p.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social – teoria, método e criatividade**. 32ª ed. Petrópolis: Vozes, 2013. 108p.

MIRANDA, D. B.; BORTOLON, F. C. S.; MATÃO M. E. L.; CAMPOS, P. H. F. Parto normal e cesária: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. *Rev. Eletrônica Enferm.*, v. 10, n. 2, p. 337-46, 2008.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informações de Saúde. Indicadores de saúde e pactuações**, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015.pdf>. Acesso em 26 set. 2015.

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**, 2017. Disponível em:

<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/08/Diretrizes-Parto-Normal-resumida-FINAL.pdf>>. Acesso em 28 set. 2017

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 651-57, 2005.

_____. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. 2015. 08p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>. Acesso em 15 set. 2015.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Maternidade Segura: Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: 1996. 93p.

PICCININI, C. A.; GOMES, A. G.; NARDI, T.; LOPES, R. S. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 1, p. 63-72, 2008.

PMJP-PB – PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA-PB. **Lei nº 13.080, de 27 de outubro de 2015**, que dá Permissão da presença de doulas durante todo o ciclo gravídico-puerperal, acompanhamento de consultas e exames do pré-natal, trabalho de parto e pós-parto, que tenha sido solicitado pela gestante. 2015.

RABELO, L. R.; OLIVEIRA, D. L. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua atenção ao parto normal hospitalar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 1, p. 213-20, 2010.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Apoio social e experiência da maternidade. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, v. 16, n. 1, p. 85-96, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 out. 2017.

ROTHMAN, B. K. **Encyclopedia of Childbearing: Critical Perspectives**. Nova York: The Oryx Press, 1993. 446p.

SANFELICE, C. F. O.; ABBUD, F. S. F.; PREGNOLATTO, O. S.; SILVA, M. G.; SHIMO, A. K. K. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Rev Rene**, v. 15, n. 2, p. 362-70, 2014.

SANFELICE, C. F. O.; SHIMO, A. K. K. *Parto en casa: hacia adelante o hacia atrás? Parto domiciliar: avanço ou retrocesso?* **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 35, n. 1, p. 157-60, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000100157&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 jan. 2018.

_____. Representações sociais sobre o parto domiciliar. **Esc. Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 606-13, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000400606&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em 12 jan. 2018.

SANTOS, S. **A busca pelo parto natural e motivações para o preparo do assoalho pélvico com o epi-no.** Dissertação (Mestrado) da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos. 2015. 111p.

SODRÉ, T. M.; MERIGHI, M. A. B.; BONADIO, I. C. Escolha informada no parto: Um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. **Cienc Cuid Saude**, v. 11 (suplem.), p.115-120, 2012.

SOUSA, A. M. M.; SOUZA, K. V.; REZENDE, E. M.; MARTINS, E. F.; CAMPOS, D.; LANSKY, S. Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 324-331, 2016.

SOUZA, H. R. **A arte de nascer em casa: um olhar antropológico sobre ética, a estética e a sociabilidade do parto domiciliar contemporâneo.** Dissertação (Mestrado) da Faculdade de Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina. 2005. 156p.

WAGNER, A. **Como se perpetua a família?** Trad. por LEMOS, E. S. Porto Alegre-RS: PUCRS. 2014. 166p.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Rafaela Roque Siani, sou aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde e estou sendo orientada pela Prof^a Dr^a Márcia Regina Cangiani Fabbro, professora do Departamento de Enfermagem da UFSCar. Este estudo faz parte de meu trabalho de Dissertação do Curso Mestrado, cujo título é: “Experiência de casais com parto domiciliar: da escolha à vivência”.

Você e seu/sua companheiro/a estão sendo convidados para participar da pesquisa, e foram escolhidos por terem passado pela experiência de um parto domiciliar sem intercorrências. A seleção foi realizada pelo método bola de neve, onde um participante indica outro e assim consecutivamente. Sua participação não é obrigatória. O objetivo deste estudo é compreender os elementos que facilitaram e aqueles que dificultaram a trajetória e vivência de casais com parto domiciliar. Serão utilizados dois métodos de coleta de dados: o relato comunicativo e o grupo de discussão comunicativo. O relato é um tipo de entrevista em que conversamos abertamente sobre um tema, nossas conversas serão gravadas em áudio para serem transcritas e analisadas em parceria com você. Neste tipo de método, você pode excluir ou mudar o que foi analisado, com o objetivo de ser fiel ao que nós dialogamos. Para esta entrevista será agendado um encontro em horário e local previamente acordado com você e seu/sua companheiro/a, de acordo com sua preferência e disponibilidade da pesquisadora. Os arquivos desses encontros permanecerão guardados conosco (pesquisadora e orientadora) e somente nós teremos acesso ao conteúdo. Posteriormente será realizado um encontro com todos os casais que foram entrevistados, se eles assim o desejarem, para participar de um grupo de discussão, que é um tipo de entrevista coletiva. Por fim, um último encontro em grupo para elaboração de uma lista de recomendações para a melhoria da assistência de enfermagem ao binômio mãe-bebê e família. Entendemos que os riscos da participação são mínimos e estão relacionados à exposição de sua experiência pessoal com relação à vivência do parto domiciliar, pela recordação de momentos desagradáveis que podem ter acontecido e causem constrangimentos. Nestes casos, a pesquisadora cancelará a entrevista e marcará nova data, se o casal permitir e desejar continuar na pesquisa. Será também oferecido um encaminhamento ao serviço público de atendimento psicológico, por meio de contato com a Unidade de Saúde da Família de referência da entrevistada. Os benefícios desta pesquisa, ao priorizar o diálogo, permite a você e seu/sua companheiro/a um re-olhar sobre sua história de vida e seus próprios pré-conceitos em relação ao parto e/ou processo do nascimento. Por meio de minhas experiências profissionais na área hospitalar em obstetrícia e com partos domiciliares, acredito trazer dados importantes que auxiliem na melhoria da assistência de enfermagem prestada no parto e no nascimento. Esclarecemos não existir ônus ou remuneração financeira aos que aceitarem participar deste estudo. Os resultados deste estudo poderão ser divulgados em eventos e publicações científicas, mantendo anonimato do participante. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o

pesquisador ou com a instituição. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

Caso você tenha alguma dúvida sobre o cunho ético desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, km 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br. Você receberá uma cópia deste Termo, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu, Rafaela Roque Siani, sou a responsável pela coleta de dados deste estudo e estou disponível para eventuais esclarecimentos. Meus contatos são: telefone: (16) 981339894, (11); e-mail: rafaelasiani@hotmail.com. Meu endereço é: R. Paulino Botelho de Abreu Sampaio, 1057 ap 14 B –Jd Bethânia– São Carlos/SP.

Rafaela Roque Siani
Enfermeira Obstetra e Mestranda do Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem/UFSCar

Márcia Regina Cangiani Fabbro
Assinatura do orientador

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Local e data

Sujeito da pesquisa *

Apêndice B – Roteiro de Relato Comunicativo

Roteiro Relato Comunicativo

Dados de Identificação da mãe:

Nome: _____ . Idade: _____ .

Data de nascimento: _____ . Escolaridade: _____ .

Profissão/ formação: _____ .

Estado Civil: _____ . Profissão: _____ .

Cor: _____ . Etnia: _____ .

Números de filhos _____ . Idade dos filhos: _____ .

Email: _____ .

Dados de identificação do companheiro (a)

Nome: _____ . Idade: _____ .

Data de nascimento: _____ . Escolaridade: _____ .

Profissão/ formação: _____ .

Estado Civil: _____ . Profissão: _____ .

Cor: _____ . Etnia: _____ .

Números de filhos _____ . Idade dos filhos: _____ .

Email: _____ .

Dados Socioeconômicos e obstétricos

Renda do genitor e da genitora:

 1 salário mínimo

() 2- 3 salários mínimos

() 4-5 salários mínimos

() Mais de 5 salários mínimos

() _____

Antecedentes Obstétricos da mãe:

G: ____ PC: ____ PV: ____ FV: ____ A: ____

Houve alguma intercorrência durante a gestação ou no parto ou no pós-parto:

_____.

Tipo de último parto: _____.

Local do último parto: _____.

Se pudesse definir em uma palavra o seu último parto qual seria?

_____.

Financiamento do parto: () convênio () particular () SUS

Roteiro de Relato Comunicativo:

Apresentação inicial (Rafaela) – 2 min.

Enfermeira mestranda que está realizando um trabalho de pesquisa de pós-graduação através Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Retomada do objetivo da pesquisa – 3 min.:

- o Compreender os elementos que facilitaram e aqueles que dificultaram a trajetória e vivência de casais com parto domiciliar.

Combinados – 2 min.

- Falar sobre a gravação, caso tenha algum momento que queiram desligar podem ficar à vontade.

- Ficar à vontade para não responder o que não quiser, pode perguntar se não entender alguma coisa.

- Garantia do sigilo dos dados e o que elas não querem que seja publicado não será, assim faremos outro encontro para o retorno dos dados e da pesquisa, garantindo assim a fidelidade às falas delas.

- Combinar o tempo. (min 40 min)

METODOLOGIA COMUNICATIVA CRÍTICA:

Metodologia Comunicativa Crítica sob a ótica de Gomes (2006) que foi fortemente influenciado por diversas teorias, entre elas, pelas contribuições da Dialogicidade de Paulo Freire e da Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas. E segundo este método, os pressupostos da universalidade da linguagem e da ação, as pessoas são agentes transformadores, a racionalidade comunicativa, o senso comum sem hierarquia interpretativa, mesmo nível epistemológico entre as pessoas e conhecimento dialógico, sendo assim, os sujeitos são capazes de linguagem e ação (GOMEZ, 2006, p. 41-46).

Abordaremos três temas:

Tema 1 – História familiar

Os costumes e valores familiares, dependendo de como são abordados e aceitos, podem vir a influenciar e prejudicar a decisão médica, levando em conta que, na maior parte, não são coisas fundamentadas e explicadas cientificamente.

A presença e opinião da família são fatores muito importantes durante todo decorrer de uma gestação. A cultura da família e sociedade não deixa de ser absorvida principalmente pelas “mães de primeira viagem”, que buscam conselhos para que tenham sucesso nessa fase que estão passando.

Matão, Maria Eliane Liégio; Miranda, Denismar Borges de; Marques, Suellen Inácia Rodrigues; Pinheiro, Thainá Meirelles. *Rev. enferm. Cent.-Oeste Min*; 6(1): 2066-2080, jan.-mar.2016.

Tema 2- Vivência da gestação e tomada de decisão pelo parto domiciliar

É durante a gestação que a maioria das mulheres toma a decisão pelo parto domiciliar, estudos mostram que fatores como: acesso a informações, grupos de apoio, criação de vínculo com profissional que atenderá o parto, dentre outros, fazem a diferença no momento da escolha do casal pelo parto.

Medeiros, Renata Marien Knupp; Santos, Inês Maria Meneses; Silva, Leila Rangel. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 dez; 12 (4): 765-72

Tema 3 – Vivência do parto

Tema 1 – História familiar

- Qual a história dos nascimentos na sua família? (Como foi o seu processo de nascimento, de suas avós mãe, sua sogra, suas irmãs (os))?
- Como foi a sua gestação (sua mãe)? Qual a configuração familiar /econômica dos seus pais?
- Teve alguma experiência familiar marcante que afetou vocês de alguma forma?

Tema 2- Vivência da gestação

- A gravidez foi planejada? Como foi a aceitação da gestação para você e seu companheiro (a)?
- Em qual momento da vida vocês tiveram o primeiro contato com o parto humanizado e/ou domiciliar? E como foi?
- O que levou vocês a decidirem pelo parto domiciliar? Quais inseguranças e motivações pessoais e do casal?
- Qual foi a reação da família, amigos e colegas de trabalho com essa decisão?

Tema 3 – Vivência do parto domiciliar, ou parto após transferência.

- O que você gostaria de me contar sobre a vivência do parto? (Medos? Motivações?)
- Como foi o contato com o bebê logo após o parto?
- Como foi a experiência de amamentação?
- Qual foi a reação da família e amigos com a história do parto?
- Comente como foi a relação estabelecida com os profissionais que atenderam o parto
- Como vcs referem a satisfação com relação ao parto em uma nota de 0 a 10?

ANEXOS

Anexo 1 – Aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Experiência de casais com parto domiciliar: da escolha à vivência

Pesquisador: Rafaela Roque Siani

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53092316.5.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.558.580

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo exploratório, transversal, descritivo com análise qualitativa. Vinte casais que tenham optado e vivido um parto domiciliar serão convidados a participarem da pesquisa. O recrutamento iniciará através de convites em redes sociais e aqueles, que aceitarem, poderão indicar novos participantes ("bola de neve") até que seja alcançado o número previsto. Será utilizado a MCC (Metodologia Comunicativa Crítica). A coleta de dados será com métodos de orientação comunicativa, e que, portanto, devem favorecer a participação dos sujeitos e o uso de diferentes formas de registro, visando interpretar, conjuntamente com os sujeitos participantes, a realidade pesquisada. Um dos instrumentos de coleta de dados será o relato comunicativo, que como uma entrevista diferenciada, há um diálogo entre o pesquisador e o participante que busca interpretar e refletir sobre a vida cotidiana do participante no estudo. Neste diálogo, ambos participam da compreensão do mundo da vida, onde o pesquisador expõe seus conhecimentos científicos sobre o tema em estudo e contrapõe a vivência e saberes do participante. São elaboradas perguntas-chaves ao participante para desenrolar-se o diálogo de acordo com questões levantadas anteriormente. Essas perguntas são determinadas por um roteiro preestabelecido. Também haverá um questionário com dados pessoais, sociodemográficos e obstétricos. Será agendado o dia e hora de acordo com as possibilidades dos casais. Haverá dois encontros – um para coleta e outro para validar a análise. Os encontros serão gravados e

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 1.558.080

transcritos, para posteriormente serem identificados os elementos que representam dificuldades e os elementos que foram facilitadores da escolha e vivência do parto domiciliar. Depois de identificados, haverá um próximo encontro para discutir, junto com os casais, a análise realizada pelo pesquisador. Pode ser necessário mais um encontro para identificar, junto com os casais, as estratégias de superação dos obstáculos apontados pelas mesmas. Outro instrumento de coleta de dados será realizado o Grupo de Discussão Comunicativa (GDC). O GDC é uma estratégia que reúne o pesquisador com um grupo de pessoas, para confrontar a subjetividade individual com a grupal, colocando em contato diferentes perspectivas, experiências e pontos

de vista. O grupo de discussão é indicado quando o estudo pretende descrever e compreender as percepções sobre uma determinada situação. Assim como o relato, o GDC prevê a construção de um roteiro que será elaborado após a análise dos relatos, identificando temas mais significativos para os casais.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisadora aponta que o objetivo principal deste estudo é compreender os elementos que facilitaram e dificultaram a escolha e vivência de casais pelo parto domiciliar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora aponta que os riscos serão mínimos e estão relacionados à exposição de sua experiência pessoal com relação à vivência do parto domiciliar, pela recordação de momentos desagradáveis que podem ter acontecido e causem constrangimentos. Nestes casos, a pesquisadora cancelará a entrevista e marcará nova data, se o casal permitir e desejar continuar na pesquisa. Será também oferecido um encaminhamento ao serviço público de atendimento psicológico, por meio de contato com a Unidade de Saúde da Família de referência da entrevistada. Como benefício direto, considera que este estudo permitirá ao casal um re-olhar sobre sua história de vida e seus próprios pré-conceitos em relação ao parto e/ou processo do nascimento. Quanto aos benefícios indiretos, acredita trará dados importantes que auxiliem na melhoria da assistência de enfermagem prestada no parto e no nascimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa possui relevância à área em questão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto foi reapresentada, preenchida e assinada. A pesquisadora apresentou TCLE, estando de acordo ao que determina a Resolução CNS 466/12. Apresentou roteiro, explicando a

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Cidade: JARDIM GUANABARA

Cep: 13.595-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9693

E-mail: osp@ufscar.br