



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

LAENA COSTA DOS REIS

**PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO CONTEXTO AMAZÔNICO:** escolha e  
direito das mulheres

BELÉM  
2022

LAENA COSTA DOS REIS

**PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO CONTEXTO AMAZÔNICO: escolha e  
direito das mulheres**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, na área de concentração de Enfermagem no contexto Amazônico.

**Área de concentração:** Enfermagem no contexto Amazônico.

**Linha de pesquisa:** Políticas de saúde no cuidado de enfermagem amazônico.

**Orientador:** Prof. Dr. Diego Pereira Rodrigues

BELÉM

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará  
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a)  
autor(a)

---

LREIS, LAENA COSTA DOS.  
PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO CONTEXTO  
AMAZÔNICO: : escolha e direito das mulheres / LAENA  
COSTA DOS LREIS. — 2022.  
126 f. : il. color.

Orientador(a): Prof. Dr. Diego Pereira Rodrigues  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará,  
Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação  
em Enfermagem, Belém, 2022.

1. Enfermagem. 2. Enfermagem obstétrica. 3. Parto  
domiciliar. 4. Humanização do parto. 5. Direitos sexuais  
e reprodutivos. I. Título.

CDD 618.20231

---

LAENA COSTA DOS REIS

**PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO CONTEXTO AMAZÔNICO: escolha e direito das mulheres**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, na área de concentração de Enfermagem no contexto Amazônico.

Data da aprovação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Banca Examinadora:**

---

Prof. Dr. Diego Pereira Rodrigues  
(Orientador – UFPA)

---

Prof. Dr. Valdecyr Herdy Alves  
(1º Membro – UFF)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Márcia Simão Carneiro  
(2º Membro – UFPA)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Lúcia Helena Garcia Penna  
(1º Suplente – UERJ)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Andressa Tavares Parente  
(2º Suplente – UFPA)

À minha filha Catarina, que me ensinou o  
que é a vida de verdade.

## AGRADECIMENTOS

Meus eternos agradecimentos a Deus e aos meus pais que me deram o privilégio da vida.

À minha mãe Suely do Socorro Cunha da Costa, minha apoiadora incondicional, sem a qual nada disso seria possível, a melhor mãe e avó do mundo inteiro, com toda certeza.

Ao meu pai Manoel Pinheiro da Costa (*In memoriam*), igualmente o melhor pai do mundo que me acompanhou nessa jornada, mesmo já não estando mais de corpo presente aqui.

À minha filha, Catarina Costa dos Reis, minha vontade em ser melhor pessoal e profissionalmente se deve à existência dela.

Ao meu marido, Renan Rodrigues dos Reis, meu companheiro de vida, por ser rede de apoio, melhor pai para nossa filha e o melhor dono de casa.

À minha irmã Luana Cunha da Costa, a melhor madrinha que minha filha poderia ter.

À minha Profa. Ma. Maria Clara Costa Figueiredo, minha enfermeira favorita e meu exemplo de profissional.

Às minhas avós “Carmita” e Glória e aos meus avôs “Vovô Pretinho” e “Vovô Sarinho” (*In memoriam*), que tiveram expressiva participação na minha criação e me ensinaram valiosos saberes, além de me proporcionarem cuidados adocicados.

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Tereza Sanches, pela paciência na Iniciação científica e pelos ensinamentos que nunca esqueci.

À Prof.<sup>a</sup> Eliane Lobato (*In memoriam*) que esteve muito presente, dirimindo minhas dúvidas na elaboração do projeto para o processo seletivo do mestrado, mas bem antes disso, esteve sempre me orientando!

Aos membros da banca Dra. Márcia Simão, Prof.<sup>a</sup> Dra. Lúcia Helena Garcia Penn, Prof.<sup>a</sup> Dra. Andressa Tavares Parente e Prof. Dr. Valdecyr Herdy Alves, pela atenção especial, pela oportunidade de receber contribuições tão valiosas, obrigada pela disponibilidade em contribuir na minha caminhada.

Ao meu orientador Prof. Dr. Diego Pereira Rodrigues, por ser tão humano e tão respeitoso, obrigada pelo apoio desde a primeira orientação, pela generosidade no compartilhar dos conhecimentos e, principalmente, por acreditar em mim. Obrigada por ser o verdadeiro exemplo de Mestre.

À Equipe de Enfermagem Obstétrica Naiá Parto Domiciliar, pelas informações e pelos contatos das mulheres assistidas, agradeço e parablenzo ainda a iniciativa destas profissionais capacitadas que fazem a diferença por onde passam. Obrigada por serem resistência.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a todas as mulheres que aceitaram participar desta pesquisa, compartilhando vivências, vontades, dividindo intimidades, de maneira tão franca. Obrigada por serem mulheres inspiradoras!

Todos os quem agradeço tem participação direta nesta vitória! Poderia escrever páginas e páginas de agradecimento que não seriam suficientes.

A vocês pessoas especiais, seres de luz, a minha eterna gratidão, por fazerem parte da minha vida e de mais esta conquista!

“Nunca se esqueça que basta uma crise política, econômica ou religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados. Esses direitos não são permanentes. Você terá que manter-se vigilante durante toda a sua vida”.

(BEAUVOIR, 1949)



## RESUMO

Trata-se de estudo sob a ótica da escolha e do direito das mulheres sobre o parto domiciliar planejado, considerando que essa opção vem ganhando espaço no cenário nacional e internacional, enquanto alternativa ao modelo obstétrico vigente, hegemonicamente tecnocrático, mostrando o direito quanto à escolha da forma e do local do parto. Objetivo geral: compreender os fatores para a escolha das mulheres pelo parto domiciliar planejado na região metropolitana do estado do Pará; objetivos específicos: identificar como ocorre o processo de escolha das mulheres para o parto domiciliar planejado; analisar as informações que as mulheres obtêm para subsidiar a escolha pelo parto domiciliar planejado; desvelar como o cuidado da enfermagem obstétrica propicia a garantia para escolha pelo parto domiciliar planejado. Estudo descritivo, exploratório, na modalidade do tipo estudo de caso, sob abordagem qualitativa, em que as participantes do estudo foram 20 mulheres que tiveram parto domiciliar planejado, na região metropolitana do estado do Pará, com a equipe de enfermagem obstétrica Naiá Parto Domiciliar. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, em que emergiram três categorias, respectivamente: 1) Apoio às mulheres para escolha pelo parto domiciliar planejado, caracterizada pela importância da rede de apoio feminina nessa escolha; 2) Empoderamento da mulher como fator para escolha pelo parto domiciliar planejado, com destaque para informação que garante o domínio da decisão e autonomia no cenário de parto; 3) Obstáculos para garantia de escolha do parto domiciliar planejado, demonstrando que escassez de equipes especializadas, fatores financeiros, carência de apoio social e familiar e dificuldade de acesso do SUS desvelam-se como principais obstáculos enfrentados no processo de escolha pelo parto domiciliar planejado. Assim, compreender que a escolha das mulheres pelo parto domiciliar planejado na região metropolitana do estado do Pará acontece na busca pela valorização e validação da força feminina, possibilidade subsidiada pela atuação das profissionais da equipe de enfermeiras obstétricas, ao apoiarem e fundamentarem as mulheres frente ao direito a elas concedido. Portanto, discorrer sobre parto domiciliar planejado é debater sobre saúde pública, temática necessária para o desenvolvimento de mais pesquisas para preenchimento de lacunas sobre o tema.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Enfermagem obstétrica; Parto domiciliar; Humanização do parto; Direitos sexuais e reprodutivos.

## ABSTRACT

This is a study from the point of view of choice and women's right to planned home birth, considering that this option has been gaining ground in the national and international scenery, as an alternative to the prevailing obstetric model, hegemonically technocratic, showing their right as the choice of form and place of delivery. The study has as general objective: to understand the factors that lead women to choose a planned home birth in the metropolitan region of the state of Pará and as specific objectives: to identify how the process of choosing women for planned home birth occurs; to analyze the information that women obtain to support the choice of planned home birth; unveil how obstetric nursing care provides the guarantee for choosing a planned home birth. Descriptive, exploratory study, in the case study modality, under a qualitative approach, where the study participants were 20 women who had a planned home birth in the Metropolitan region of the State of Pará, with the Naiá Home Birth Obstetric Nursing Team. The data were submitted to content analysis, in which three categories emerged, respectively: 1) Support to women for the choice of planned home birth, characterized by the importance of the female support network in this choice; 2) The empowerment of women as a factor for choosing a planned home birth, with emphasis on information that guarantees mastery of the decision and autonomy in the birth scenario; 3) Obstacles to ensure the choice of planned home birth, demonstrating that the shortage of specialized teams, financial factors, lack of social and family support and difficulty in accessing the SUS are the main obstacles faced in the process of choosing the PDP. Thus, it is possible to understand that the choice of women about the planned home birth in the Metropolitan region of the State of Pará takes place in the search for the valorization and validation of the female strength, a possibility subsidized by the work of the professionals of the EO Team to support and substantiate these women against their rights. Therefore, talking about PDP is talking about public health, a topic in which more research is needed to fill in the gaps on the subject.

**Keywords:** Nursing; Obstetric nursing; Home childbirth; Humanizing delivery; Reproductive rights.

## LISTA DE FIGURA E QUADROS

Figura 1 - Apresentação do prisma do <i>Scoping Review</i> , 2021 .....	27
Quadro 1 - Unidades de significação, segundo Núcleos Temáticos e Frequência, para elaboração da primeira categoria .....	61
Quadro 2 - Unidades de significação, segundo Núcleos Temáticos e Frequência, para elaboração da segunda categoria.....	61
Quadro 3 - Unidades de significação, segundo Núcleos Temáticos e Frequência, para elaboração da terceira categoria.....	61
Quadro 4 - Núcleos temáticos, unidades temáticas, categorias e subcategorias.....	62

## LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABENFO	Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras
ABRAHE	Associação Brasileira de Hospitais Universitário Ensino
ACM	<i>Australian College of Midwives</i>
AHPRA	<i>Australian Health Practitioner Regulation Agency</i>
ANS	Agencia Nacional de Saúde Suplementar
APICEON	Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia Neonatologia
APPS	Agência de Prioridade de Pesquisa em Saúde
BDENF	Base de dados em Enfermagem
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CGCIVI	Coordenação-Geral de Ciclos da Vida
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
SUS	Sistema Único de Saúde
COVID	<i>Corona Virus Disease</i>
CPN	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DAPES	Centro de Parto Normal
EBSERH	Associação Brasileira de Hospitais Universitário Ensino
EO	Enfermagem Obstétrica
FAENF	Faculdade de Enfermagem
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GAMA	Grupo de Apoio a Maternidade Ativa
ICM	<i>International Confederation of Midwives</i>
ICS	Instituto de Ciências da Saúde
IFF	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Fluminense
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>

MS	Ministério da Saúde
NMBA	<i>Nursing and Midwifery Board of Australia</i>
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PDP	Parto Domiciliar Planejado
PHPN	Programa de Humanização do Parto e Nascimento
PNH	Política Nacional de Humanização
PPGENF	Programa de Pós-graduação em Enfermagem
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RAMI	Rede de Atenção Materna e Infantil
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SHEG	Hipertensivas Específicas da Gravidez
SIAPARTO	Simpósio Internacional de Assistência ao Parto
SINASC	Sistema Nacional de Nascidos Vivos
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SciELO	<i>The Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPA	Universidade Federal do Pará

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
1.1 Problematização da temática.....	18
1.2 Questões norteadoras.....	24
1.3 Objetivos.....	24
1.3.1 Geral.....	24
1.3.2 Específicos.....	24
1.4 Justificativa.....	24
1.5 Relevância.....	28
1.6 Contribuições do estudo.....	29
<b>2 REFERENCIAL TEMÁTICO</b> .....	<b>31</b>
2.1 Transformações históricas no campo do parto e nascimento.....	31
2.1.1 Políticas públicas na saúde reprodutiva.....	38
2.1.2 Modelos de Atenção Obstétrica.....	41
2.2 Parto domiciliar planejado.....	42
2.3 Processo informativo para escolha das mulheres para vivência do parto domiciliar.....	46
<b>3 CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	<b>53</b>
3.1 Tipo de estudo.....	53
3.2 Participantes do estudo.....	54
3.3 Cenário da pesquisa.....	55
3.4 Técnica de coleta de dados.....	57
3.5 Dimensões éticas.....	58
3.6 Análise, tratamento e interpretação dos dados.....	59
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>64</b>
4.1 Caracterização das mulheres que vivenciaram o parto domiciliar planejado.....	64
<b>4.2 Apoio às mulheres para escolha pelo parto domiciliar planejado</b> .....	<b>66</b>
4.2.1 Rede de apoio entre mulheres para o parto domiciliar planejado.....	67
4.2.2 Meios de informação para escolha pelo parto domiciliar planejado.....	71
<b>4.3 Empoderamento da mulher como fator para escolha pelo parto domiciliar planejado</b> .....	<b>74</b>

4.3.1 Informação como alicerce para autonomia da mulher na escolha do parto domiciliar planejado .....	75
4.3.2 Escolha pelo parto domiciliar como ruptura de modelo obstétrico: o direito das mulheres.....	77
<b>4.4 Obstáculos para garantia de escolha pelo parto domiciliar planejado...</b>	<b>80</b>
4.4.1 Dificuldades enfrentadas pelas mulheres para garantia de escolha e efetivação do direito ao parto domiciliar planejado .....	81
4.4.2 Relação desigual, poder e autoridade do modelo obstétrico brasileiro: desrespeito, julgamento e imaginário para a escolha da mulher do parto domiciliar planejado .....	83
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>86</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>106</b>
REFERÊNCIAS.....	110
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	119
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO...	121
ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	123
ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP/ICS/UFPA .....	124

## 1 INTRODUÇÃO

A pesquisa tem como objeto de estudo o direito e a escolha de mulheres sobre o parto domiciliar planejado (PDP)<sup>1,2</sup>. As discussões sobre o parto e a assistência obstétrica são norteadas por tendências sociais, culturais, econômicas e, mais atualmente, sanitárias, em diferentes realidades de acesso e/ou escolha do processo parturitivo.

Em países como Canadá, Austrália, Holanda, Reino Unido, países nórdicos, dentre outros, o parto domiciliar planejado constitui opção de parturição para as mulheres e está associado à maior segurança e a menores riscos perinatais e de intervenções obstétricas (LESSA *et al.*, 2018).

No Brasil, a assistência obstétrica é predominantemente hospitalizada e medicalizada, em que 99% dos nascimentos ocorrem em ambiente hospitalar e, em maioria, assistidos por profissionais médicos. Nesse cenário, o direito à escolha do local de parto ainda não é uma realidade para todas as mulheres (CURSINO; BENINCASA, 2020).

Os dados mais atuais relacionados aos tipos de parto no Brasil, disponibilizados por meio do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), mostram que dos 2.944.932 nascidos vivos registrados no ano de 2020, aproximadamente, 57% foram cesarianas (BRASIL, 2022).

Desse modo, desvelando verdadeira epidemia de cesarianas. A respeito do assunto, Oliveira *et al.* (2017) afirmam que algumas iniciativas foram criadas para promover a diminuição dos altos índices de cesariana no país:

---

<sup>1</sup> Convencionalmente conhecido como parto que acontece em domicílio ou locais similares, dando maior confiança e segurança à mulher, sendo de forma sistemática e organizada, com acompanhamento para gestantes de risco habitual, sem comorbidade obstétricas prévias ou decorrentes da gestação. No PDP, as mulheres são assistidas por profissionais de saúde qualificados, com foco no modelo de humanização, com o respeito e compartilhamento de decisões do cuidado, possibilitando a autonomia e o protagonismo feminino no contexto do parto e nascimento.

<sup>2</sup> O Parto Domiciliar Planejado não se configura inserido no Sistema Único de Saúde, salvo em algumas iniciativas, como do Hospital Sofia Feldman. Assim, predominantemente, o PDP está inserido na iniciativa privada, em especial com as equipes de profissionais no âmbito de atuação liberal. Apesar da Saúde Suplementar estar contemplada pela Lei 8.080/90, como parte integrante do SUS, o PDP ainda não compõe o rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde. Assim, o PDP está inserido no âmbito da saúde brasileira, porém há necessidade de serviços e profissionais para garantia do PDP para mulheres, tanto em instituições públicas e privadas.



Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de evitar o aumento dos índices de cesariana, no ano de 1998, limitou em 50% o pagamento de cirurgias cesarianas de partos realizados no Sistema Único de Saúde. Cumpre assinalar que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o máximo de 15% de cesarianas. Entretanto, contrapondo-se a essa orientação, no ano de 2010, no âmbito do SUS, as cesarianas registraram um aumento de 52%. Na rede privada chegou a 87% (OLIVEIRA *et al.*, 2017, p. 718).

Frente ao modelo obstétrico predominante no Brasil, caracterizado pelas altas taxas de cesariana e intervenções do processo de parto e nascimento, desde o início do ano 2000, foram introduzidas Políticas Públicas, com intuito de reduzir os índices de cesariana e, conseqüentemente, melhorar os indicadores materno-infantis, representando convergência das iniciativas anteriores e possibilidade de mudança de paradigmas.

Paralelamente a isso, com o avanço tecnológico, o advento da internet, das mídias e redes sociais, da disseminação de informações sob o contexto parturitivo, com a acessibilidade aos grupos de apoio de mulheres, alicerçados nos princípios do parto natural, na luta contra as intervenções obstétricas, como a medicalização do corpo feminino, emergem as pautas sobre o PDP, norteadas pela possibilidade de vivenciar a parturição, conforme as expectativas da mulher, com envolvimento familiar e sem intervenções externas desnecessárias, movimento que caminha em contraponto ao cenário preeminente e sob a perspectiva do "direito" das mulheres na escolha do local de parto (LESSA *et al.*, 2014a; LESSA *et al.*, 2014b).

Em visão regionalizada, quando se comparam os índices de cesarianas entre todas as regiões brasileiras, a Região Norte representa a menor porcentagem de cesarianas do Brasil, totalizando 9,4%, em 2020. Diferenciando-se como a única região que apresenta do total de nascidos vivos maior quantidade de partos vaginais e menor quantidade de partos cesáreos, correspondendo, aproximadamente, a 48,7% (BRASIL, 2022).

Com destaque para o estado do Pará que compõe o mais expressivo número de nascidos vivos e apresenta discreta diferença entre os índices relacionados aos tipos de parto, ainda com a maior porcentagem de parto vaginal (41,2%), em detrimento das cesarianas e ignorados (BRASIL, 2022). E, até o momento, não há dados sobre o atendimento ao PDP, pois o SINASC unifica todos os nascimentos fora do ambiente hospitalar, independentemente se foram planejados para ocorrer no domicílio e de qual profissional prestou assistência (KOETTKER *et al.*, 2018). Ao

considerar o local de nascimento, o destaque segue para Região Norte que também apresenta a maior porcentagem de partos domiciliares (46,5%).

Ainda no contexto regional, a respeito da Faculdade de Enfermagem (FAENF), da Universidade Federal do Pará (UFPA), durante a graduação, a autora pesquisadora deste trabalho contemplou as atividades curriculares Atenção à Mulher, Criança e Adolescente; Enfermagem Obstétrica, Ginecológica e Neonatal, além do Semi-internato em Enfermagem Obstétrica e Pediátrica, perpassando pelas perspectivas do modelo de assistência obstétrica predominante e as transformações em curso, estas, por sua vez, nem sempre tão explícitas nas vivências dos campos de prática, pois existiam inúmeros desafios a serem enfrentados no desdobramento das Políticas Públicas até as realidades assistenciais.

Quanto às competências dos profissionais de enfermagem obstétrica, no cenário do parto e nascimento, estas são bem descritas e delimitadas na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 (COFEN, 1986), além da Resolução COFEN nº 516/2016, alterada pela Resolução nº 524/2016 (BRASIL, 2016), revogada pela Resolução nº 672/2021, que valida a atuação do enfermeiro como membro de equipe multidisciplinar de saúde, na prestação de assistência ao parto de risco habitual. Nesse contexto, articulando-se ao modelo colaborativo, em que há integração, na equipe de assistência ao trabalho de parto e parto, do médico obstetra, assim, assegurando a possibilidade de referência imediata ao médico obstetra em casos de complicações (VOGT; SILVA; DIAS, 2014).

Para além das competências elencadas na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, a assistência ao PDP também ganhou aporte legal, por meio da Resolução COFEN nº 568/2018 (COFEN, 2019) que regulamenta o funcionamento dos Consultórios e Clínicas de Enfermagem, recentemente alterada pela Resolução COFEN nº 606/2019 que versa sobre o mesmo objeto, apenas trazendo a complementação com os anexos referentes ao requerimento de Cadastro de Consultório e de Clínicas de Enfermagem e modelo de Registro de Consultório e de Clínicas de Enfermagem, no âmbito dos Conselhos Regionais de Enfermagem (COFEN, 2019).

Nesse contexto, a participação da figura da enfermeira obstétrica emerge enquanto profissionais capacitadas em compartilhar com mulheres conhecimentos a respeito da fisiologia do trabalho de parto e parto, por meio do uso de tecnologias não

invasivas de cuidado, colaborando ativamente na construção do protagonismo e empoderamento das mulheres (SILVA, 2018).

A partir da compreensão da relevância da enfermagem obstétrica frente às possíveis transformações correntes, somadas ao entendimento e profundo respeito ao protagonismo da mulher em todo o processo parturitivo, com relação ao direito e à escolha para o PDP, teve-se a motivação para a escolha pelo tema, reconhecendo no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, com o curso de Mestrado em Enfermagem da UFPA, a possibilidade de desenvolvimento da pesquisa como meio de contribuir e fomentar as discussões acerca dos diversos paradigmas associados ao processo parturitivo.

Interesse despertado, inicialmente, pela experiência profissional na implantação de um hospital materno-infantil com atendimento exclusivo do SUS, no interior do Pará, a partir da lógica toda centrada no bem-estar da mulher, com investimento inclusive em infraestrutura, como banheiras individuais para alívio da dor, contudo com baixa adesão por parte das mulheres e familiares, gerando alguns questionamentos quanto ao entendimento dos direitos que possuem diante da saúde sexual e reprodutiva.

As questões profissionais, em momentos familiares, foram, então, somadas por inquietações pessoais de quem descobriu ter nascido por meio de um parto vaginal, com relato de diversas intervenções desnecessárias e violência obstétrica, tendo a ancestralidade de duas avós que tiveram todos os partos domiciliares, inquietação que ampliou, principalmente após a experiência da maternidade e a vivência de doze horas de trabalho de parto, nove centímetros de dilatação, indicação de analgesia e bradicardia fetal que culminaram na cesariana. A partir dessas experiências, foi possível entender e sentir a dor de muitas mulheres, a dor da violação dos direitos, dos significados e das expectativas que orbitam a maternidade, o peso das vontades *versus* o peso das inseguranças, percepções que têm origens histórico e sociais.

### **1.1 Problematização da temática**

A assistência ao parto perpassou por muitas modificações, por meio dos tempos, decorrentes do modelo político vigente, dos avanços tecnológicos e do desenvolvimento da medicina (BRUGGEMANN; ZAMPIERI; OLIVEIRA, 2001). Até a

década de 1930, a atenção perinatal era prestada por parteiras e ocorria nos domicílios, nessa época, no Brasil, o código civil hierárquico reforçava o sistema patriarcal, machista, dominador e discriminador, que mantinha a família paterna como soberana frente à família materna, e as questões sexuais e reprodutivas estavam restritas ao lar (SEIBERT, 2005).

Contudo, com o processo de medicalização e institucionalização do parto, com as transferências dos cuidados para os hospitais, e o declínio gradativo das parteiras, culminado com as criações das Faculdades de Medicina no país, começaram a ser adotadas diversas intervenções, conformando um modelo progressivamente despersonalizado, que desconsidera os aspectos fisiológicos, emocionais e culturais do ato de gestar e parir, emergindo, assim, debates quanto à inadequação do modelo de assistência predominante, que desrespeita os direitos sexuais, reprodutivos e humanos das mulheres, por meio do excesso de condutas intervencionistas, sem embasamento científico, mas em conformidade com a autonomia do profissional de saúde (MENDES; RATTNER, 2020).

Como alternativa a esse modelo de assistência e por meio de um movimento de empoderamento e conscientização das possibilidades fisiológicas das mulheres, o PDP tem demonstrado o crescimento nos grandes centros urbanos, de modo a construir e edificar a relação com os profissionais de saúde que atuam em uma lógica respeitosa e humanizada, e, assim, maximiza o potencial para atitudes pessoais e políticas que consolidam essa opção (LESSA *et al.*, 2018).

Recentemente, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) trouxe o sentido do direito das mulheres para o parto normal, devendo ser respeitados as escolhas e os direitos quanto ao parto e nascimento. Contudo, ainda está longe de serem garantidos os direitos, por obstáculos políticos, sociais e profissionais para efetividade. Enquanto o país não tiver política pública que contribua para o campo do direito feminino, a parturição possivelmente caminhará atrelada ao desrespeito dos direitos das mulheres.

Nos últimos anos, este debate tem se tornado mais exaltado com a decisão das mulheres em optar pelo parto domiciliar planejado, bem como mediante a alta incidência de medicalização no momento do parto e os altos índices de cesariana que contribui para que as mulheres questionem o modelo obstétrico vigente, passando a se informarem cada vez mais, tornando-se capazes de exercerem a autonomia sobre

esse momento, por meio da escolha informada, de modo que essa construção somente é possível por conta do movimento de mulheres na luta em respeito aos próprios direitos (LESSA *et al.*, 2018). Além disso, menciona-se que o parto domiciliar constitui a própria historicidade da mulher e sociedade brasileira.

De acordo com o Instituto Sociedade, População e Natureza (2019), o contexto amazônico apresenta cerca de 440 mil indígenas, mais de 180 povos diferentes, além de outras populações que compõem a diversidade amazônica dos povos tradicionais, como quilombolas, ribeirinhos, pescadores e pescadoras artesanais. Toda essa diversidade étnica e populacional dialoga com as interfaces das políticas públicas.

A construção social da maternidade no contexto amazônico, especialmente em povos e comunidades tradicionais<sup>3</sup>, associa o ciclo gravídico-puerperal ao papel socialmente construído e atribuído às mulheres. Comumente, a assistência à mulher ao processo de nascimento era prestada por outras mulheres mais velhas e experientes, as chamadas parteiras, fundamentadas nos conhecimentos adquiridos por meio de experiências vivenciadas e transmitidas de geração a geração, utilizando-se de técnicas empíricas, conhecimentos das vivências cotidianas, utilização de rituais e uso de recursos naturais, como chás e banhos, normalmente em contexto religioso, tradicionalmente desenvolvido em anos de prática e transmitido oralmente às sucessoras (BONFIM *et al.*, 2018).

Faz-se necessário ampliar o olhar sobre essas mulheres que, ao longo da história, estruturaram e perpetuaram com muita tradição e dedicação essas práticas em suas comunidades, imbuídas por inúmeros valores, símbolos e significados, segundo as crenças e os conhecimentos existentes em determinada época e contexto histórico, de modo a aproximar da linguagem e realidade simbólica construída por cada cultura (PRATES *et al.*, 2019).

Assim, essa historicidade está alinhada à regionalidade da assistência de muitas mulheres, em especial da Região Norte do Brasil. Pois, a assistência ao parto e nascimento no País não é homogênea, ainda que os dados mostrem a maioria dos partos ocorrendo em ambiente hospitalar, há importante parcela de partos domiciliares assistidos por parteiras tradicionais ou não.

---

<sup>3</sup> Grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando-se de conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição, conforme Decreto nº.6.040 de 2017 que Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais.

Essa assistência sempre esteve presente na regionalidade do país, principalmente nas Regiões Norte e Nordeste, especialmente em áreas rurais, ribeirinhas, indígenas, quilombolas e de floresta que têm obstáculos importantes para o acesso aos serviços de saúde. Desta forma, esse cuidado está presente na própria ancestralidade das mulheres com as parteiras tradicionais (BRASIL, 2010).

Oliveira, Peralta e Souza (2019, p. 81) afirmam que o trabalho das parteiras tradicionais é: “especialmente importante em localidades mais distantes de centros urbanos e onde as redes de parentesco e reciprocidade ainda organizam as relações sociais”.

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), a grande maioria das parteiras tradicionais não recebe capacitação, não dispõe de materiais básicos para a assistência ao parto domiciliar e não é remunerada pelo trabalho, sendo necessária política que reafirme a capacitação destas parteiras, que executam importante papel social dentro das comunidades tradicionais. Já a assistência PDP é realizada por equipes de profissionais de saúde e, notadamente, de enfermeiras obstétricas que prestam esse tipo de assistência. Entretanto, ambos compartilham de uma rede de atenção excludente e desarticulada de Políticas Públicas efetivas (BRASIL, 2010; COLLAÇO, 2013).

Como consequência dessa desarticulação, tem-se o elevado índice de subnotificação do parto domiciliar não planejado e planejado, além da invisibilidade dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, que estão fora da lógica hospitalar, tanto nos contextos das populações tradicionais quanto no contexto urbano. Desse modo, o parto domiciliar está presente na regionalidade do estado do Pará e carece de atenção que garanta o direito e a escolha das mulheres.

As instituições hospitalares, em dado momento histórico/governamental, pressupunham maior segurança e qualidade da assistência à saúde das mulheres e crianças. Entretanto, mesmo com a institucionalização do parto e nascimento, os índices de mortalidade materna e neonatal no país ainda se encontram em patamares elevados, configurando situação de violação dos direitos humanos de mulheres e crianças em grave problema de saúde pública, que atinge desigualmente, principalmente algumas regiões, o Norte do país, obtendo os maiores índices de mortalidade materna no Brasil (OMS, 2012).

Em 2017, o estado do Pará apresentou a maior Razão de Mortalidade Materna (RMM) da Região Norte, com 107,4. Entre 2017 e 2018, a RMM no Brasil apresentou redução de 8,4%, ao passar de 64,5 para 59,1, respectivamente. E, nesse período, os percentuais de redução foram observados nas regiões, respectivamente: Norte (9,1%; RMM de 88,9 para 80,8), Nordeste (8,3%; RMM de 73,2 para 67,1) e Sudeste (14,6%; RMM de 62,3 para 53,2), com os dados divulgados pelo Boletim Epidemiológico de Mortalidade Materna no Brasil (BRASIL, 2020), demonstrando avanços, porém com o panorama da RMM ainda acima dos recomendados pela OMS (2012) que seria um coeficiente de até 35 por 100 mil nascidos vivos por ano.

A redução da mortalidade materna no Brasil ainda é um grande desafio para os serviços de saúde e a sociedade, configurando-se como grave problema de saúde pública, pois é caracterizado por atingir prevalentemente mulheres de classes sociais mais baixas, com menor acesso a bens e serviços e, portanto, diretamente associados às desigualdades das regiões brasileiras (BRASIL, 2020). Do mesmo modo que outros aspectos relacionados à saúde da mulher apresentam singularidades de origem social-econômica-cultural, como a garantia dos direitos sexuais, reprodutivos, acesso a métodos contraceptivos e escolha para o local de parto.

Ao compreender a diversidade cultural e regional, os desafios nacionais e as peculiaridades do contexto amazônico paraense, esta pesquisa apresenta um problema recorrente no cuidado à mulher durante processo de parto e nascimento, relacionado ao respeito à mulher sobre as próprias escolhas no processo parturitivo, especificamente tratando-se do direito de escolha e realização de um PDP. Desta forma, a oferta de informações é ferramenta primordial para restabelecer os princípios quanto aos direitos instituídos das mulheres, além de possibilitar questionamentos necessários frente ao modelo obstétrico predominante no Brasil e as respectivas lacunas para políticas públicas e estratégias de incentivo ao PDP, com vistas ao desenvolvimento de iniciativas para real garantia dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres.

Uma vez que o planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, ao parto, nascimento e puerpério são direitos das mulheres, previstos no âmbito do SUS, o que impacta diretamente a garantia do direito de escolha da mulher ao local e tipo de parto, incluindo, também, modalidades de assistência em ambientes não hospitalares, como no caso do PDP e dos centros de nascimento fora das unidades

hospitalares (BRASIL, 2017b). Sob essa perspectiva, a possibilidade de escolha pela opção do PDP respeita e assegura o protagonismo feminino e traz benefícios para as mulheres, no sentido do resgate desse direito.

Para Garrido, Morán e Tricas (2020), o PDP está intimamente associado à possibilidade de realização do desejo de vivenciar um parto fisiológico normal com mínimo de intervenções, por meio da escolha informada e em resposta à excessiva medicalização e institucionalização do parto, valorizando a autonomia e o conforto da mulher.

A principal discussão em relação ao parto fora do ambiente hospitalar se refere à segurança, exaltando-se sempre os potenciais riscos do parto planejado fora do hospital, referindo-se ao fato de que mesmo em situações de risco habitual, em casos de possíveis problemas emergenciais, estes supostamente seriam solucionáveis apenas no ambiente hospitalar. Contudo Maimburg (2019), demonstrou que em partos domiciliares planejados, independentemente do local de nascimento, ou seja, efetivando o nascimento em casa ou iniciando o parto em casa com transferência posterior para o hospital, ainda assim o PDP demonstra alta taxa de parto vaginal (92%), além de segurança e resultados maternos e neonatais positivos, indicando que mesmo em casos de necessidade de transferência para o hospital, o PDP está associado à realização de partos sem complicações.

Além disso, mulheres que optam pelo PDP são menos propensas a se submeterem à cesariana, bem como têm menos probabilidade de receber intervenções desnecessárias e correm menor risco de distorcia fetal, hemorragia pós-parto, sendo também associadas a menores indicadores de morbimortalidade neonatal, desvelando o PDP enquanto opção segura de parir e nascer (ROSSI; PREFUMO, 2018).

Nessa trajetória, o estudo está inserido na linha de pesquisa Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem Amazônico, com o Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, com o Projeto de Pesquisa “A enfermagem e o cuidado em saúde da mulher, da criança e do adolescente”, vinculado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), da Universidade Federal do Pará (UFPA).



## 1.2 Questões norteadoras

Ao tomar como base a contextualização do estudo, seguem as questões norteadoras da pesquisa: quais os fatores que levam a escolha das mulheres pelo PDP? De que forma as mulheres estabelecem a escolha pelo parto domiciliar planejado?

## 1.3 Objetivos

### 1.3.1 Geral

- Compreender os fatores que levam a escolha das mulheres pelo parto domiciliar planejado na região metropolitana do estado do Pará.

### 1.3.2 Específicos

- Identificar como ocorre o processo de escolha das mulheres pelo parto domiciliar planejado;
- Analisar as informações que as mulheres obtêm para subsidiar a escolha pelo parto domiciliar planejado;
- Desvelar como o cuidado da enfermagem obstétrica propicia a garantia para escolha pelo parto domiciliar planejado.

## 1.4 Justificativa

O movimento em prol da humanização do parto e nascimento no Brasil se iniciou de maneira descentralizada, por meio de diferentes iniciativas em vários estados brasileiros, envolvendo diversos profissionais e instâncias da sociedade, focadas em ressignificar a assistência e atuar de acordo com diferentes modelos assistenciais, menos tecnocráticos e mais centrados na figura da mulher, baseando-se no reconhecimento da participação ativa e do protagonismo no processo de parto, com ênfase nos aspectos emocionais e no reconhecimento dos direitos reprodutivos femininos (SENA; TESSER, 2017).

Os debates evoluíram, como mencionado, acerca do direito de escolha do local de parto, mas ainda não é realidade ao alcance de todas as mulheres brasileiras, pois elas têm encontrado barreiras institucionais para parir nos locais desejados em que se sintam seguras. Por isso, o parto domiciliar surge como modalidade de ruptura do modelo de saúde vigente, para garantir o direito das mulheres, contribuindo para a segurança e o conforto no processo de nascimento. Entretanto, para que, de fato, possa-se experienciar a transmutação de crenças e valores no modelo de atenção ao processo do parto e nascimento, a informação efetiva torna-se essencial, desvelando-se como fundamental estratégia para que as mulheres tenham conhecimentos necessários quanto aos benefícios do PDP, optando por esse modo de parir, a partir de posturas ativas frente às reais necessidades (LESSA *et al.*, 2018).

No sentido dos direitos das mulheres, os questionamentos frente ao modelo vigente ganharam força de maneira complementar e decisiva, por meio da pressão direta do movimento de mulheres e profissionais em prol da humanização do parto, de modo que a violência institucional, durante a assistência ao parto e nascimento, passou a ser melhor investigada. Portanto, é crucial mencionar o impulso trazido pelo movimento social de mulheres, especificamente o de mulheres mães que passaram a problematizar coletivamente a questão em uma escala nunca vista anteriormente. A partir de então, com o aumento da discussão, problematização sobre o tema, tornou-se possível maior participação política das mulheres na agenda de saúde sobre direitos sexuais, reprodutivos e humanos (SENA; TESSER, 2017).

Não por acaso, o tema proposto faz parte da Agenda de Prioridade de Pesquisa em Saúde (APPS), na Subagenda de Saúde nº 8 relacionada à saúde da mulher, contemplando mais especificamente nos tópicos 8.1.4.10 (Efetividade da humanização da assistência ao parto e puerpério); 8.1.4.14 (Determinação cultural na escolha do tipo de parto), demonstrando incentivo e reconhecimento quanto à necessidade de aprofundar pesquisas para produção de conhecimentos nessa área.

Internacionalmente, a literatura científica sustenta a segurança na modalidade parto domiciliar planejado, porém a produção nacional, ainda, é limitada, sendo importante fomentar a análise de dados disponíveis, a fim de compreender as questões envolvidas na decisão pelo PDP, nos desfechos e na assistência, quando se trata da população brasileira. As publicações científicas que retratam o PDP são notórias, mas a Região Norte, especialmente no estado do Pará, na busca realizada

nas bases de dados, constataram-se carências de estudos com alinhamento com o objeto, assim a pesquisa mostra a necessidade de estudos que propiciem o desenvolvimento de conhecimentos científicos sobre o PDP no contexto amazônico.

As constatações puderam ser confirmadas, por meio do desenvolvimento de uma *scoping review*, tipo de revisão que objetiva mapear, sumarizar e divulgar os dados de investigação, identificando lacunas de conhecimento, além de fornecer visão geral das evidências científicas existentes, incorporando diferentes desenhos de estudos de forma abrangente, de acordo com Peters *et al.* (2020).

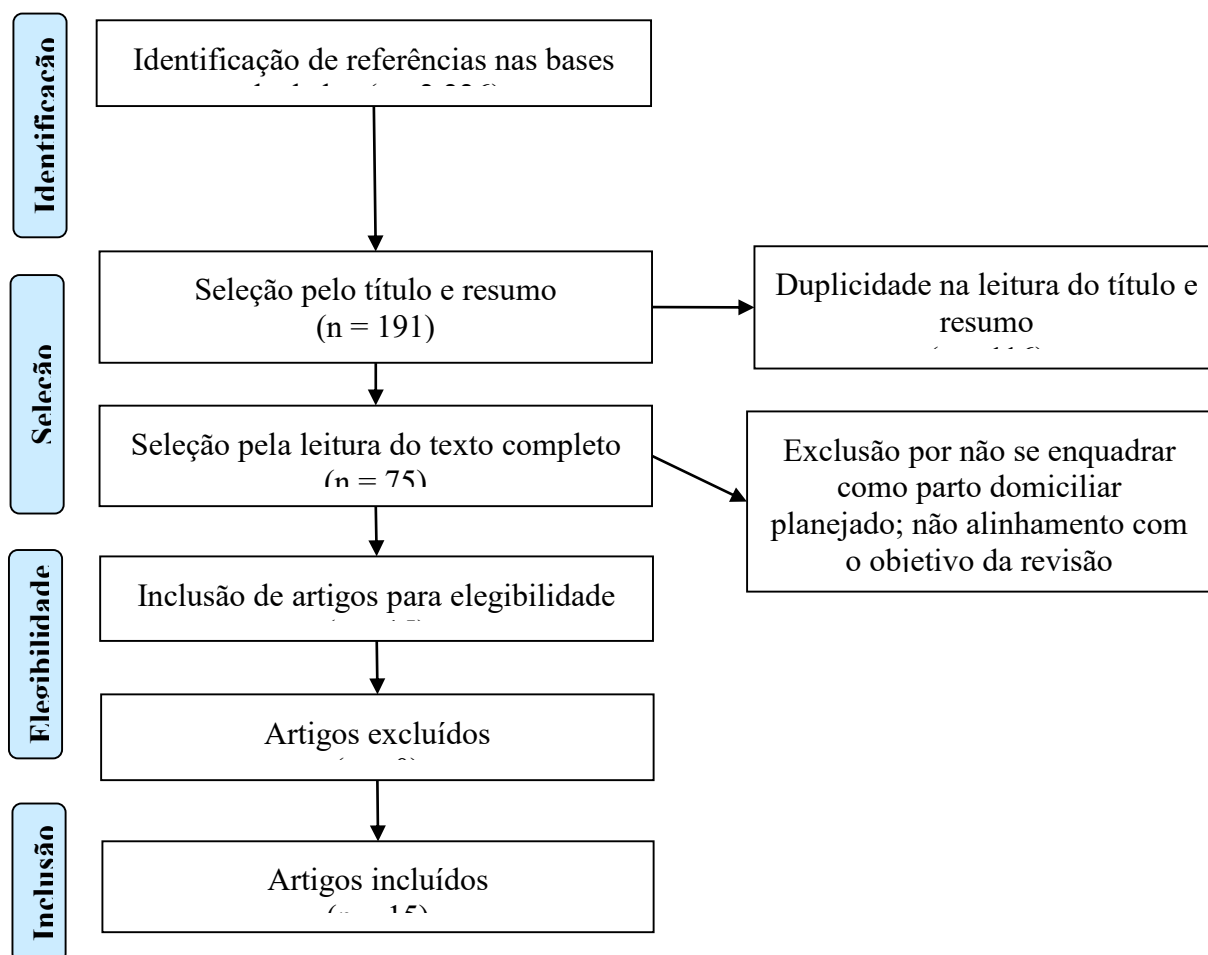
Para a *scoping review*, realizaram-se buscas nas bases de dados: Base de dados em Enfermagem (BDENF), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *The Cochrane Library*, *Scopus e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *The Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Admitiram-se estudos do tipo artigos científicos primários e secundários, como artigos originais, de revisão, relatos de experiência, artigos de reflexão que versem sobre parto domiciliar, a delimitação temporal dos estudos publicados entre 2018 e 2021, nos idiomas inglês, português e espanhol. Os descritores foram combinados da seguinte forma: “Midwifery AND Home Childbirth”; “Home Childbirth AND Health Services”; Midwifery AND Home Childbirth AND Health Services; “Pregnancy AND Home Childbirth”; “Pregnancy AND Health Services AND Home Childbirth”.

Para orientar a pergunta de investigação da *scoping review*, utilizou-se da mnemônica PCC: Participantes, Conceito e Contexto (PETERS *et al.*, 2020). Considerando, respectivamente, Participante: as gestantes, parturientes e acompanhantes, profissionais de saúde como enfermeiras e obstetrias/parteiras; Conceito: os estudos sobre a temática parto domiciliar, de modo a encontrar o alcance e a extensão da temática no cenário mundial; e Contexto: sistemas de saúde, portanto estudos conduzidos na temática de parto domiciliar, tanto no Brasil quanto em outros países do mundo, buscando, desta forma, responder à pergunta de revisão: como acontece a produção científica do parto domiciliar no cenário mundial?

Nas buscas, identificaram-se 2.226 estudos, dos quais 191 foram admitidos por atenderem aos critérios de inclusão, com base na leitura dos títulos e resumos, excluídos 116, após verificação de duplicidade nas bases de dados. Portanto, selecionaram-se 75 artigos para leitura integral e análise de elegibilidade, dos quais

60 foram excluídos pelas justificativas de elegíveis, obtendo o total de 15 artigos, enquanto bibliografia potencial, conforme Figura 1.

Figura 1 - Apresentação do prisma da *Scoping Review*, 2021



Fonte: REIS (2021).

Os 15 artigos selecionados, de modo geral, descrevem experiências, opiniões, conhecimento e percepções das mulheres que vivenciaram o PDP e dos profissionais que prestaram a assistência em diferentes realidades legais ao redor do mundo, assim como as práticas obstétricas dos profissionais enfermeiros e parteiras/obstetizes. Abordaram-se, também, os resultados e desfechos maternos e neonatais, as taxas de transferência hospitalar e a comparação das realidades do PDP *versus* o parto hospitalar (ROSSI; PREFUMO, 2018; AHL; LUNDGREN, 2018; TUCK *et al.*, 2018; LARIOS *et al.*, 2019; CLANCY; GJAERUM, 2019; MAIMBURG, 2019; MOURA *et al.*, 2019; HUNTER; DIXON; DAHLEN, 2019; SKRONDAL; BACHE-GABRIELSEN;

AUNE, 2020; GARRIDO; MORÁN; TRICAS, 2020; FORSTER *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Esse apanhado da literatura possibilitou a percepção da complexidade e abrangência das pesquisas que versam sobre o PDP, no contexto internacional e nacional, versando acerca da valorização do parto fisiológico e do respeito à natureza do parto, como forma de empoderamento, autonomia e respeito às mulheres, aos corpos e às famílias. Englobando, por meio da revisão, o compilado da produção bibliográfica nacional e internacional acerca do PDP até o ano de 2018, que demonstrou lacunas em pesquisas sobre o direito e a escolha das mulheres ao PDP e, portanto, clarificando a necessidade de pesquisas sobre o tema, apresentando, assim, o ineditismo do estudo.

### **1.5 Relevância**

Em setembro de 2015, foi aprovada a adoção da Agenda 2030 para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), pelos líderes dos 193 Estados-membros da Organização das Nações Unidas (ONU), incluindo o Brasil, firmando o compromisso no desenvolvimento de ações, no âmbito nacional, focadas no alcance dos 17 ODS, com 169 metas, dentre estas, a meta 3.7 que propõe, até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, a informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais. Portanto, o tema faz-se relevante no alcance da meta, inserindo-se como parte dos ODS.

A saúde e a proteção à maternidade são direitos sociais que devem ser garantidos por meio de políticas sociais e econômicas, regulamentações e fiscalizações, embasadas por estudos e pesquisas contundentes. Ressalta-se que o tema foi impulsionado partir dos movimentos sociais e setores organizados da sociedade, fortificados pela OMS, favorecendo a atuação de enfermeiras obstétricas, obstetritzas e médicos na assistência aos partos domiciliares planejados nos centros urbanos, apesar da posição marginal em que ainda se encontram na sociedade (LESSA *et al.*, 2014a; LESSA *et al.*, 2014b). Logo, é relevante fomentar as discussões acerca do tema e diante do cenário vivenciado, atribuindo relevância regional e nacional à problemática enfocada.

Pelo ineditismo do objeto do estudo, em se trabalhar o direito e a escolha das mulheres no PDP, sob a ótica da enfermagem, para fornecer subsídios para garantia da escolha das mulheres para o parto domiciliar planejado. Além do fato, na observância da regionalidade, com a visibilidade no contexto amazônico, possibilitando discutir os direitos das mulheres frente aos desejos e expectativas quanto à escolha do local do parto.

Os PDP representam pequeno quantitativo dos partos normais ocorridos e, ainda, não constituem realidade para todas as gestantes, no tocante à escolha, ao acesso a informações que poderiam subsidiá-las, fazendo-se necessária a elaboração de políticas públicas, bem como o incentivo dos órgãos governamentais, no sentido de garantir a inserção de profissionais de saúde no cenário de parto e nascimento, de modo a contribuir para um cuidado centrado na mulher, na fisiologia e no direito desta (SILVA, 2018). Entende-se que a incorporação do PDP, no âmbito de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), seria de suma importância para garantir melhores indicadores de saúde, respeito aos direitos das mulheres e fortalecimento de estratégias para mudanças no cotidiano do cenário obstétrico.

## **1.6 Contribuições do estudo**

Ao ponderar que a enfermagem obstétrica detém indissociado envolvimento no cuidado prestado ao parto normal de risco habitual, conseqüentemente ao PDP, o estudo contribui para o desenvolvimento da problemática enfocada, tanto no contexto da enfermagem obstétrica paraense, como para comunidade científica nacional e sociedade, principalmente na luta frente aos direitos das mulheres.

Entende-se que os resultados deste estudo podem subsidiar a pesquisa com novos saberes, na perspectiva dos direitos femininos, influenciando, ainda, o fortalecimento da enfermagem enquanto profissão, no aspecto autônomo/liberal/empreendedor da assistência ao PDP, e a garantia das escolhas das mulheres frente aos próprios direitos.

De modo a colaborar com a Agenda de Prioridade de Pesquisa em Saúde (APPS) e visibilidade da UFPA, também contribuirá com o aumento de publicações, potencializando a Linha de Pesquisa Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem Amazônico, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e do Grupo de Estudos de Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem Amazônico.

Sob outra perspectiva, a ampliação do conhecimento científico ocorre pelo apoio aos programas de pós-graduação no país, por meio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Assim, com o apoio do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, pretende-se contribuir com a propagação do conhecimento relacionado ao objeto enfocado, promovendo discussões acerca da temática e valorização da pesquisa, como parte da mudança de pensamentos em prol da qualidade de saúde. Juntamente com outros profissionais de saúde, através de fóruns, disseminar conhecimentos do estudo, propondo-se a formação continuada, o aprimoramento profissional, visando alcançar mudanças estruturais e debater junto aos órgãos de classe no estado do Pará, para potencializar o parto domiciliar nessa localidade.

## 2 REFERENCIAL TEMÁTICO

### 2.1 Transformações históricas no campo do parto e nascimento

Analisar os cenários do parto e nascimento, ao longo da história da sociedade ocidental, e as correspondentes transformações, torna-se imprescindível compreender as circunstâncias práticas da obstetrícia que se vivenciam na atualidade. Inicialmente, apesar das práticas relativas ao parto variarem muito nas diversas culturas ao redor do mundo, observa-se, historicamente, que as mulheres, durante o trabalho de parto e parto, sempre foram assistidas por uma ou mais pessoas que, a princípio, eram outras mulheres: parentes, amigas, parteiras (HELMAN, 2003 *apud* VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

Wolff e Moura (2004) declararam que a arte de partejar caracterizou-se por muito tempo como espaço eminentemente feminino. Ocorria no próprio domicílio da mulher, sendo realizado por mulheres reconhecidas popularmente, como aparadeiras, comadres, curandeiras ou parteiras. Rodrigues (2019, p.37) afirma que:

O ato de parir estava restrito a um cuidado de mulher para a mulher, pois a presença masculina não era adequada aos padrões da época, sendo desconfortável, principalmente pela questão da sociedade conservadora, ao não permitir que o Homem estivesse presente ao evento, manipulando e visualizando os órgãos genitais da parturiente sendo, por essa razão, a preferência das mulheres no acompanhamento do parto.

Por décadas, o parto ocupou lugar feminino e doméstico, assemelhando-se à própria história da enfermagem, em análise comparativa de que o trabalho da enfermeira não é desprestigiado por ser feminino, mas é feminino por ser desprestigiado. Assim não havia interesses em “adentrar esse universo nem tampouco contestar as práticas das parteiras, mulheres de confiança, que detinham experiência empírica comprovada e validada pela comunidade” (PEREIRA, 2015, p.45).

Desse modo, garantia-se o distanciamento dos homens e da própria medicina aos cuidados relativos ao parto e nascimento. Entretanto, entre o século XV e XVIII, ocorreu a chamada “Era de caça às bruxas”, um manual dos inquisidores da Igreja Católica, classificando, então, as parteiras como praticantes de bruxaria (MITFORD 1992 *apud* ZVEITE, 2011, p. 31).



Essas mulheres eram consideradas detentoras de um conjunto de saberes sobre a vida e a morte. Com a condenação à fogueira, almejavam, portanto, a possibilidade de extinção destas mulheres e, deste modo, os tribunais da inquisição condenaram à morte mais de 24 mil parteiras acusadas de bruxaria. E, assim, fustigadas pelo medo da acusação, as práticas foram levadas às sombras, por esses motivos, este período da história é considerado um dos grandes fatores contribuintes para o desgaste do papel da parteira e o aceleração da legitimação do médico com formação (SPINK, 2013 apud VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

As parteiras causaram incômodo e eram consideradas afronta às autoridades da época, por terem assistência ativa, uma vez que davam conselhos e amenizavam a dor do parto, em uma época em que se acreditava que a mulher deveria sofrer a expiação do pecado original (SPINK, 2013 apud VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015). Neste mesmo período, paralelamente a esses fatos, houve crescimento do “número de médicos treinados pelas Universidades controladas pela Igreja e que também testemunhavam nos tribunais da Inquisição” (ROOKS, 1997 apud ZVEITE, 2011, p. 32).

Em meio às transformações sociais emergentes, no século XVI, início do período industrial europeu, ocorreu a invenção médica de um instrumento para intervenção no parto: o fórceps. Um marco na mudança de concepção sobre parto, pois seria um instrumento criado para extrair os bebês em casos de partos difíceis, associados à possibilidade de mortalidade materna e perinatal (MALDONADO, 2002). Como descrevem os autores Seibert *et al.* (2005) apud Rodrigues (2019, p. 39):

O parto foi considerado uma “situação de risco”, tornando imprescindível a presença do profissional de saúde na arte da parturição. Em decorrência, a mulher começou a perder a autonomia sobre o próprio corpo e o protagonismo do processo de nascimento, deixando de agir e participar ativamente do momento mais sublime de sua vida reprodutiva, muitas vezes sendo inibidos os seus aspectos fisiológicos normais, da natureza, com isso possibilitando um novo desenho na atenção à saúde reprodutiva feminina.

Culminou-se esse período com o surgimento das primeiras escolas de Medicina na Europa, entre os séculos XVII e XVIII, estendendo-se ao Brasil no início do século XIX, com as Escola de Medicina e Cirurgia nos Estados da Bahia e Rio de Janeiro (WOLFF; MOURA, 2004). Contudo, ainda no século XIX, o parto ocorria nos aposentos do casal, mas sob a presença médica, em casos de famílias ricas ou com assistência de uma parteira por tradição, pudor ou economia. Pois, naquela época,

parir em um hospital era sinônimo de ausência de recursos ou de que a mãe teria sido abandonada pelo pai da criança (PERROT, 1993 *apud* ZVEITER, 2011).

Essa nova cultura promoveu gradativamente o declínio da profissão de parteira, permitindo a expressiva intervenção masculina nos cuidados à mulher, que sob a influência de François Mauriceau, da Escola Obstétrica Francesa, propiciou, ainda, o parto horizontal nos séculos XVIII e XIX, outro marco da arte obstétrica médica, desta maneira, influenciando a aceitação da disciplina técnica e científica, consolidando o conceito do processo parturitivo como evento patológico (SEIBERT *et al.*, 2005).

No século XX, o crescente entusiasmo com as possibilidades proporcionadas pelo desenvolvimento industrial influenciou todos os setores da atividade humana. No setor saúde da economia, o componente técnico foi privilegiado em relação ao componente do cuidado. Isso em função da produtividade propiciada pela racionalidade mecânica/industrial, aplicada aos entendimentos dos diversos aspectos da atenção à saúde (RATTNER, 2009). Esse conjunto de fatos, costurados ao longo da história, contribuíram para o desenvolvimento de um paradigma tecnocrático do parto e nascimento.

Nas primeiras décadas do século XX, teve-se início a transição do parto doméstico para o parto hospitalar, acompanhado de mudanças graduais nos hábitos das mulheres. O fenômeno da hospitalização do parto é universal e, nos países desenvolvidos do Ocidente, foi mais precoce, ocorrendo no início do século XX, no período entre guerras, a exemplo dos Estados Unidos, da Inglaterra, França, Noruega e Suécia, enquanto no Brasil, o parto hospitalar passou a ser rotineiro somente após na década de 1960, juntamente com a crescente expansão da assistência hospitalar (LEISTER; RIESCO, 2013).

Com a expansão e migração para o ambiente hospitalar, foi possível fazer direta associação às gradativas e paulatinas violações aos direitos das mulheres, no que diz respeito aos cuidados no parto e nascimento baseados em cuidado instrumental, com a supervalorização da tecnologia e das intervenções, permitindo o desenho de novo ritual de parturição que, como consequência, influenciando e transformando a prática dos profissionais de saúde na atenção ao parto e nascimento (DAVIS-FLOYD, 2001).

Rodrigues (2019) afirma que o momento do parto e nascimento foi sendo transformado de um evento familiar em procedimento vinculado à prática do

profissional de saúde; e que o início do movimento de hospitalização do parto foi sucedido por mulheres de baixa condição econômica e, a partir desse processo, foram testadas diversas práticas nestas mulheres, sendo introduzidos:

inúmeros procedimentos na assistência ao parto e nascimento, considerado um evento intervencionista, o parto como risco e a supremacia da tecnologia. Valores e ritos de passagem que foram se agregando na construção histórica do parto para o ambiente hospitalar, mas que se sucederam por conta de uma questão de ordem social pelas condições sociais e econômicas desfavoráveis. Teve início, então, a introdução de uma rotina pré-programada para o cuidado obstétrica em mulheres sem poder econômico e instrução necessária consideradas, portanto, incapazes de promover a discordância de atos institucionalizados (RODRIGUES, 2019, p. 42-43).

Estabeleceu-se, assim, após o período pós II Guerra Mundial, o parto como evento institucionalizado, com a apropriação do saber médico nesta área que culminou com o estabelecimento da medicalização do corpo feminino (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

No início dos anos de 1960, houve a invenção da técnica que possibilitava a mulher controlar a própria dor, ou seja, introduziu-se o parto sem dor pela facilitação da anestesia peridural, então, a medicalização do nascimento tornou-se determinante para o aumento gradativo do distanciamento entre as culturas leigas e obstétricas ao momento do parto e nascimento, demonstrando, em leitura mais profunda, como se os rituais médicos e a tecnologia representassem forma de domesticar o incontrolável e o tornar mais cultural (SZEJER; STEWART, 1997; HELMAN, 2003).

Outro fator a se destacar nessa esteira é que por volta de 1970, médicos e hospitais de seguridade social passaram a receber mais pelo parto cirúrgico do que pelo parto vaginal, desvelando-se, portanto, uma das origens da epidemia de cesarianas. Na tentativa de frear esta perceptível tendência de aumento da escolha por esse tipo parto, em 1980, os partos passaram a receber igual forma de pagamento, porém, essa taxa continuou subindo (LEISTER; RIESCO, 2013).

No final do século XX e início do século XXI, o aumento de partos cesáreos programados e agendados mostrou-se, muitas vezes, diretamente relacionado à convivência do profissional de saúde, médico e da própria mulher, que ao se enxergar como “consumidora” e tomando o parto como “produto”, ainda que não haja, de fato, indicações clínicas para justificar a escolha pelo procedimento cirúrgico, enquanto primeira opção.

Nesse cenário do ato cirúrgico, de fato, o profissional de saúde passou a

controlar o nascimento, tornando-se o condutor do parto e, assim, desencadeando o surgimento de diversas práticas, dentre elas o impedimento da mulher de fazer qualquer tipo de refeição, orientada por vezes a manter-se em dieta zero, justificado pela concepção “prévia” de possibilidade de promoção das cesarianas eletiva, pois a oferta de alimentação e líquidos durante o pré-parto não é contraindicada, pelo contrário, inclusive é empregada com propósito de ganho de energia para o período expulsivo (RODRIGUES, 2019).

E, assim, inúmeras intervenções foram naturalizadas ao longo dos séculos pelas equipes de saúde na assistência ao parto e nascimento e, progressivamente, absorvidas pelos sistemas de saúde, ao ponto de se fazerem necessárias argumentações e, por vezes, disputas de verdadeiras batalhas em busca do cumprimento de reais indicações, a partir de critérios clínicos e bem definidos, por diversas entidades referenciadas, como a OMS, em detrimento de falha tanto no nível e na abordagem profissional, quanto institucional e até mesmo do sistema de saúde, diante das dificuldades enfrentadas na garantia dos desdobramentos das políticas públicas na prática.

O processo de medicalização dos nascimentos se fortaleceu em meados do século XX, período de ampliação do número de maternidades e clínicas médicas, quando houve verdadeira “campanha de convencimento” sobre as vantagens e seguranças do parto hospitalar, em detrimento do domiciliar, então, começando o parto a ser visto cada vez mais como evento médico e potencialmente perigoso, passível de procedimentos intervencionistas que diminuem os riscos para a vida de gestantes e bebê, além de amenizar o sofrimento destes, de acordo com Silva *et al.* (2019, p. 173) que afirmam ainda:

A partir da década de 1930, o desenvolvimento tecnológico da medicina e, em especial, a visão do hospital como seu centro de atuação, fez com que maternidades, clínicas médicas e hospitais passassem a ser vistos como os locais ideais e mais seguros para o parto. No entanto, foi necessária a construção de argumentos que justificassem a mudança de local e a presença do obstetra. Para dar conta dessa tarefa, os periódicos de obstetria contribuíram com a difusão de uma nova argumentação sobre a natureza do parto e, por conseguinte, dos corpos das mulheres.

Sendo os direitos das mulheres violados e o modelo de assistência obstétrica vigente caracterizado pela crescente dependência de intervenções técnicas, tecnológicas e pela ampla utilização da cirurgia cesariana como forma de nascer,

ocorreu, conseqüentemente, a desapropriação do controle do corpo das mulheres, inviabilizando, desta forma, o exercício de autonomia (REIS *et al.*, 2017).

Com o “propósito” de evitar qualquer risco para mulheres e bebês, adotaram-se duvidosas indicações/contraindicações ou a naturalização de intervenções reconhecidas como violência obstétrica, porém que foram e, em muitos locais, ainda são amplamente praticadas, como a episiotomia profilática, um dos mais significativos procedimentos propostos neste conjunto de medidas introduzidas na assistência que também propunha infusão de morfina, alocação do fórceps, administração de derivados da ocitocina para prevenção da hemorragia pós-parto, extração manual da placenta e episiorrafia (SANTOS, 2002).

A partir da década de 1980, no ímpeto pelo resgate da autonomia feminina na cena do parto, o movimento feminista, juntamente com outros setores da sociedade civil, passaram a criticar fortemente o modelo obstétrico tecnocrático, tendo como principal questionamento a qualidade da assistência prestada durante o ciclo gravídico-puerperal, a institucionalização do parto e o uso corriqueiro de intervenções desnecessárias. Essa mobilização culminou em conferências, documentos e busca de evidências científicas que articulou diversas áreas de conhecimento (REIS *et al.*, 2017).

Rodrigues (2019), a partir dessa abordagem dos movimentos sociais, os profissionais de saúde alicerçados em valores também contribuíram, trazendo uma esfera de parto respeitosa, na condição de direito da mulher, com o cuidado centrado na mulher e na autonomia desta, no protagonismo e rompendo com as bases do paradigma tecnocrático, estando alinhado às necessidades de apoio, proteção e segurança. Neste contexto, as casas de parto, CPN e parto domiciliar ganham força, baseadas em evidências científicas e alicerçadas em profundo respeito frente às decisões femininas, as práticas extra-hospitalares possibilitam a assistência centrada na mulher, principalmente do ponto de vista da autonomia.

Evidenciam-se, além das práticas assistenciais que favorecem o exercício da liberdade feminina, aquelas relacionadas às ações educativas que possibilitam o desenvolvimento das potencialidades humanas, permitindo que as mulheres se percebam como sujeitos centrais da gravidez e do parto, subsidiando as decisões relacionadas à assistência. Pois, a informação adquirida não é utilizada apenas para sustentar as escolhas, mas também para que elas vivenciem o processo de parto e

nascimento como imaginaram, independentemente do local escolhido (REIS *et al.*, 2017).

As atuais taxas de cesariana do Brasil ainda são assustadoras, no ano de 2018, de acordo com recomendação do Conselho Nacional de Saúde (2019), o Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) mostrou que no estado de São Paulo a taxa chegou a 58,6% e que, por sua vez, o Projeto Nascer no Brasil - Inquérito Nacional sobre parto e nascimento, divulgado pela Fundação Oswaldo Cruz, expôs que essas taxas são de 88% no setor privado e 43% nos serviços públicos. Deste modo, ainda se tem muito a avançar no campo do parto e nascimento, assim como na seguridade dos direitos das mulheres em assistência de parto com dignidade e cuidado humanizado que respeite opções e as sustentem com informações de qualidade, como arcabouço para consciência de escolhas, à luz da crítica e individualização dos seres humanos.

Diante do paradigma tecnocrático, com a banalização de indicação de cesariana por vezes duvidosa, cujos interesses lucrativos são também práticas recorrentes, a informação se caracteriza como fator essencial e constitui a base para que a parturiente tenha autonomia para escolher ou recusar todo procedimento que diz respeito ao corpo, assim como o apoio dos profissionais e a assistência extra-hospitalar enquanto escolha. Entretanto, no âmbito do SUS, o PDP não é uma realidade ofertada no quadro de procedimentos (CURSINO; BENINCASA, 2020), exceto o Hospital Sofia Feldman, maternidade de Minas Gerais que, atualmente, é a única maternidade vinculada ao SUS com oferta do parto domiciliar planejado, assistido por equipe multiprofissional que obviamente inclui a enfermagem obstétrica.

Apesar de ser amplamente conhecido pela comunidade acadêmica e científica, os benefícios associados à assistência natural e humanizada do parto, respeitando a fisiologia da mulher, considerando os aspectos de saúde associados ao risco habitual gestacional, gestação acima de 37 semanas, com acompanhamento pré-natal regular, corroborando as diretrizes da OMS, MS e inúmeras entidades internacionais e nacionais, ainda se convive, enquanto sociedade, com tabus e invisibilidade, no que diz respeito à escolha pelo parto natural e mais ainda pelo parto domiciliar planejado.

Enfatiza-se que mesmo quando uma intervenção médica é desejada ou necessária, a inclusão das mulheres na tomada de decisões sobre os cuidados que serão recebidos durante a experiência do parto e nascimento torna-se essencial para

garantir que se tenha experiência exitosa no parto, pois as experiências vividas neste momento podem deixar marcas indestrutíveis, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas, tanto no âmbito físico quanto emocional e social.

Rodrigues (2019) aponta que há um cenário para necessidade do rompimento com os valores assistenciais enraizados em um “ritual tecnocrático”, de hierarquia violenta, expressa em atos, condutas, práticas e ações assistenciais ou institucionalizadas que se configuram como desrespeitosas aos direitos reprodutivos, sociais, culturais e humanos das mulheres.

Na busca pela ruptura destes paradigmas, pode-se observar, quando se traça a linha de transformações históricas de parto e nascimento, o surgimento de força de resgate do respeito, escuta e (re)conexão com o corpo feminino que tem sido por séculos objeto de manobra social, em que a informações e o conhecimento tornam-se armas e ferramentas de defesa pelas escolhas e pelo real respeito a estas.

### 2.1.1 Políticas públicas na saúde reprodutiva

Na busca por um modelo de atenção baseado em tecnologias apropriadas para o parto e nascimento com práticas e atitudes que versam com o modelo humanizado, desde os anos 2000, o MS vem promovendo iniciativas para cobertura, assistência e qualidade, com a criação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), no âmbito do SUS, com a Portaria nº 569 do MS (BRASIL, 2000a).

Concomitantemente com grandes avanços para a humanização, o MS estabelece, por meio da Portaria nº 572, de 01 de junho de 2000, a inclusão da enfermagem obstétrica no quadro de profissionais do SUS capacitados para assistência ao parto e institui o Componente III do PHPN uma nova sistemática de pagamento à assistência ao parto (BRASIL, 2000b). O PHPN foi um marco ideológico do movimento de mulheres, profissionais e de humanização do parto e nascimento para produção de assistência respaldada no respeito e na qualidade, mas ainda carecendo de aspectos importantes para o direito da mulher.

É preciso considerar o movimento de mulheres e humanização, conforme a discussão da necessidade de avanços na esfera de ações governamentais. Então, em 2003, o MS instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH), como princípios na transversalidade, inseparabilidade entre a atenção e a gestão, como também ao protagonismo do usuário de saúde, a corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos

coletivos (OLIVEIRA; PENNA, 2017). Contudo, a atual política ainda necessitava de real intervenção na atenção obstétrica, diante dessa nova perspectiva, cria-se uma lógica do cuidado centrado na mulher, além de valorar os modos de cuidar com fundamentação nos indicativos científicos, mediações de conflitos entre categorias profissionais e sustentação da rede de atenção à saúde reprodutiva (BRASIL, 2004), necessitando da ampliação do sentido do direito feminino para as próprias escolhas.

O Brasil, ainda, possui modelo obstétrico hospitalocêntrico, em que 98% dos partos de nascidos vivos, em 2018, ocorreram em hospitais (BRASIL, 2019). Acrescentando-se a este cenário a utilização de intervenções desnecessárias, sem claras indicações, durante a parturição, conjuntura que permanece ampliando a lacuna da equidade nos cuidados em saúde, de acordo com a OMS (2018). Além disso, os obstáculos dificultam o avanço na assistência ao parto, em destaque: a intensa medicalização do parto; o uso abusivo de tecnologias em desuso; o financiamento insuficiente; a ineficiência da regulação do sistema; a fragmentação das ações e dos serviços de saúde; a permanência de taxas elevadas de morbimortalidade materna e perinatal; e a indiferença à presença de tratamentos violentos contra as mulheres em hospitais públicos ou privados (OLIVEIRA; PENNA, 2017).

Em 2011, o governo federal instituiu, no âmbito do SUS, a Estratégia Rede Cegonha, pela Portaria nº 1.459 de 24 de junho (BRASIL, 2011a). A Rede Cegonha tem sido apontada como importante estratégia indutora desse movimento, com foco na saúde materna e infantil, além de relacionar aspectos macroestratégicos (descentralização e regionalização) e micro-operacionais que giram em torno da organização dos serviços (PEREIRA *et al.*, 2018). A operacionalização da Rede Cegonha promoveu movimento em prol da humanização, com o resgate do protagonismo da mulher como sujeito de direito a um parto qualificado e seguro.

E, outras iniciativas voltadas para transformação da atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal, como a criação de Casas de Parto e Centros de Parto Normais (CPN), por meio da Portaria nº 11, de 07 de janeiro de 2015 (BRASIL, 2015). Assim, Teixeira, Pinheiro e Nogueira (2018) afirmam que o CPN:

foram instituídos para garantir a condução fisiológica do trabalho de parto e partos normais sem distocia por enfermeiros obstétricos. Possuem equipe de retaguarda, composta por médicos obstetra, anestesista e pediatra, que atuam apenas se houver necessidade ou solicitação da equipe do CPN.



Localizam-se como unidade intra-hospitalar ou nas imediações de uma maternidade de referência. O CPN busca evitar as intervenções desnecessárias ao processo fisiológico, faz-se uso das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, criadas pela OMS, com o objetivo de classificar as práticas assistenciais realizadas como úteis, recomendadas ou não recomendadas pela OMS (TEIXEIRA; PINHEIRO; NOGUEIRA, 2018, p. 72).

Embora seja incontestável a ampliação da visão acerca do parto para além dos aspectos biológicos da mulher, focando no reconhecimento dos direitos desta, faz-se necessária a contínua discussão sobre as questões relacionadas ao protagonismo das mulheres no processo do parto e as dificuldades para o cuidado de si e do filho de forma autônoma (CARNEIRO *et al.*, 2013 apud REIS *et al.*, 2017), pois o direito ao local de parto ainda não é uma realidade para todas as mulheres no Brasil. Apesar das evidências científicas demonstrarem que o parto domiciliar tem menos riscos em comparação ao parto em ambiente hospitalar, como também o número de intervenções reduzidas (LESSA *et al.*, 2018), ainda que essa opção esteja alinhada a mulheres com melhores condições socioeconômicas.

Em 2017, o MS lançou as Diretrizes Nacionais da assistência ao parto normal, com objetivo de legitimar o cuidado obstétrico pautado nos indícios científicos (BRASIL, 2017b). No ano seguinte, a OMS (2018), ao reconhecer a necessidade de mudanças na atenção ao parto e nascimento em todo o mundo, disponibilizou novas recomendações para cuidados durante o parto para uma experiência positiva e exitosa de parto. As iniciativas potencializam uma transição de modelo no cuidado obstétrico, com respeito à mulher e ao direito dela, à fisiologia da parturição, à qualificação de profissionais de saúde e à gestão dos serviços de saúde.

No mesmo ano, iniciou-se o Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (APICEON), iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Associação Brasileira de Hospitais Universitário Ensino (ABRAHUE), Ministério da Educação (MEC) e Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Fluminense (IFF)/ Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como instituição executora. O projeto visa impulsionar movimentos de transmutação no modelo de formação e atenção nessas especialidades, com atividades de ensino para contribuir na implementação e disseminação de boas

práticas, promovendo mudanças nos modelos tradicionais de formação, atenção e gestão (BRASIL, 2017a).

### 2.1.2 Modelos de Atenção Obstétrica

No contexto histórico de mudança, a mulher passou a parir em local desconhecido (maternidade), construído com essa finalidade, como também para atender às perspectivas dos profissionais de saúde, a mulher passou a receber inúmeras práticas intervencionistas, cesárea eletivas sem indicação, uso do fórceps obstétrico, da episiotomia, da medicalização do corpo da mulher, dos toques vaginais, da tricotomia, das manobras, como a de Kristeller, das rotinas institucionais que deixavam a mulher em dieta zero (sem se hidratar e alimentar) e, mais recentemente, do impedimento do acompanhante de livre escolha para dar-lhe o apoio emocional necessário (ZVEITER, 2011; PIMENTA, 2012; SENTIDOS DO NASCER, 2015; ALVES; ALVES; PADOIN, 2016).

Porém, a partir do levantamento histórico-governamental da trajetória das políticas públicas relacionadas ao processo de humanização do parto e nascimento, é possível compreender uma lógica de incentivos para transformação da assistência obstétrica, contudo, especificamente, no campo da assistência ao PDP, a inserção deste nas redes de atenção ainda demonstram lacunas relativas à criação das políticas de saúde da mulher com relação ao PDP, mesmo com o consenso de que modelos intervencionistas nesse processo fisiológico da cena de parto apresentam resultados maternos e neonatais adversos e as mulheres mostram-se insatisfeitas com os procedimentos (TEIXEIRA; PINHEIRO; NOGUEIRA, 2018).

Na tentativa de mudança de modelo na assistência obstétrica, faz-se necessário compreender também que não há apenas um modelo assistencial obstétrico vigente, como traz Davis-Floyd (2001), ao identificar a coexistência de três principais modelos de cuidados de atendimento obstétrico: tecnocrático, humanizado e holístico.

O modelo humanista, adotado em vários países europeus e orientais, traz visão de respeito à fisiologia do processo, com preocupação pelo bem-estar da puérpera e do recém-nascido, reconhecendo a mulher enquanto sujeito e o corpo como organismo, fomentando sentido de direito e cuidado centrado nela.

O modelo holístico integra-se a questões espirituais, em geral, adotado por prestadores de assistência individuais. No Brasil, o modelo predominante tem sido o tecnocrático, caracterizado pela aplicação de um conjunto de técnicas médicas, submetendo as mulheres a normas e rotinas que se sobrepõem ao ritmo fisiológico (MENDES; RATTNER, 2020) e aos direitos femininos.

O modelo tecnocrático, prevalente no mundo ocidental, ressalta a institucionalização do parto, adoção acrítica de novas tecnologias e atitude intervencionista, com visão mecanicista do processo de parir, em que mulher e bebê são objetos de cuidado. Esse modelo está centrado nos profissionais de saúde, fazendo com que ocorra de forma veemente a anulação dos direitos das mulheres.

Observa-se, portanto, a predominância do modelo tecnocrático no sistema de saúde brasileiro, em relação à atenção obstétrica, cuja base é medicalizada, com a utilização de intervenções, como o controle do corpo feminino com a medicalização do parto, realização de episiotomia, rotura da bolsa e cesarianas desnecessárias, ainda, frequentes (LESSA *et al.*, 2014a).

Entretanto, esse modelo de assistência, por vezes, faz com que as mulheres acreditem de fato que as intervenções são necessárias e práticas realizadas pelos profissionais de saúde para garantir a segurança do processo de parto, assim transferindo o protagonismo da mulher para o profissional de saúde.

Os profissionais de saúde constituem imagem dotada de conhecimentos e capacidades científicas que os “tornariam” mais qualificados para tomada de decisão no momento do parto. A compreensão desse jogo de poder e protagonismo é necessária ao entendimento da persistência do modelo tecnocrático nos sistemas de saúde até os dias atuais. Assim, emergindo diversos questionamentos associados ao enraizamento desse modelo, que se desvela um paradigma a ser transmutado, em prol do respeito e da garantia da saúde da mulher, assim como a disseminação de informação e retomada do ato de parir enquanto processo fisiológico, promovendo segurança e subsídios para garantias de escolhas.

## **2.2 Parto domiciliar planejado**

Diversos estudos atuais (REIS *et al.*, 2017; KOETTKER; BRUGGEMANN; KNOBEL, 2017; SCARF *et al.*, 2018; KOETTKER *et al.*, 2018; REITSMA *et al.*, 2020)

demonstram excelentes indicadores de cuidados qualificados na assistência materno-neonatal ao PDP, ainda assim persiste o debate sobre a segurança em partos ocorridos fora do ambiente hospitalar, entretanto, como aponta Oliveira *et al.* (2017, p. 718-719):

No ambiente hospitalar, ainda é possível perceber práticas profissionais desumanizadas e procedimentos invasivos, o que prejudica a autonomia da mulher na hora do parto. Além disso, também se verifica a falta do apoio familiar, sem contar com a escassez de infraestrutura do complexo hospitalar e de profissionais adeptos de um atendimento mais humanizado.

Em contrapartida, os partos domiciliares planejados, além de considerados seguros, também proporcionam ambiente emocionalmente propício para criação do vínculo para o binômio mãe e filho, já que se garante com maior facilidade o contato pele a pele no primeiro minuto de vida e a amamentação nas primeiras horas de vida. Os resultados positivos dos indicadores neonatais também reforçam que o cenário domiciliar é tão seguro quanto o hospitalar para recém-nascidos e mães classificadas com gravidez de baixo risco (MOURA *et al.*, 2019).

Recorrentemente, experiências traumáticas prévias causadas na vida da parturiente/gestante, provocadas por partos e intervenções hospitalares anteriores, são grandes estímulos à busca pelo parto domiciliar planejado, que se adequa às expectativas das mulheres que buscam por meios mais naturais, que consideram técnicas e conhecimento científico, na mesma medida em que restauram os princípios do parto fisiológico em ambiente seguro e com respeito ao contexto social da mulher e família (HOLTEN; HOLLANDER; MIRANDA, 2018).

As mulheres que optam pelo PDP são assistidas por profissionais de saúde qualificados, com foco no modelo de humanização, respeito e compartilhamento de decisões do cuidado, possibilitando a autonomia e o protagonismo feminino no contexto do parto e nascimento, incluindo, nesse processo, consultas de pré-natal, acompanhamento do trabalho de parto e do parto/nascimento, prestando cuidados, assistindo/ou auxiliando no parto, auxiliando e/ou cuidando do recém-nascido, e o cuidado no puerpério imediato/pós-parto (COLLAÇO, 2013).

No acompanhamento ao PDP, há controle e avaliação rigorosa quanto às condições de saúde clínica e obstétrica, durante a gestação, contudo, o SUS não oferece a possibilidade de parto PDP dentro de quadro de procedimentos (CURSINO; BENINCASA, 2020), salvo iniciativas inovadoras restritas, como o Hospital Sofia Feldman, maternidade de Minas Gerais que constitui a única maternidade vinculada

ao SUS, com oferta ao parto domiciliar planejado, assistido pela enfermagem obstétrica (MENDES; RATTNER, 2020).

Também, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não reconhece o parto domiciliar no rol de procedimento, contribuindo, desta forma, para indiferença expressa dos direitos das mulheres, anulando, além do sentido do direito instituído, a autonomia da mulher, pois ocorre impeditivos da busca por profissionais que possibilite essa escolha (BRASIL, 2011b). Então, mesmo para aquelas mulheres com gravidez de baixo risco, aptas para o PDP, não há acesso garantido ou mesmo facilitado a esta opção, demonstrando que o direito à escolha da mulher no contexto do parto e nascimento é invisibilizado e desigual.

Além da reprodução do modelo tecnocrático por parte dos profissionais de saúde, ainda há carência de profissionais que atuem no PDP, em especial no Pará, constatado pelo levantamento realizado junto às Associações Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras do Estado do Pará (ABENFO-PA).

No que diz respeito aos dados do parto domiciliar, o Brasil evidencia taxa equivalente a 0,1%, correspondente à Região Sudeste e estima-se crescimento de mulheres que optam por PDP (KOETTKER; BRUGGEMANN; KNOBEL, 2017). Enquanto nos países desenvolvidos a prevalência de partos domiciliares planejados assistidos por profissional qualificado varia: 11,3% na Nova Zelândia, 2,8% na Inglaterra e menos de 1% na Austrália. No entanto, na Holanda 62,7% das mulheres planejam o parto em casa, constatando que ainda se precisa avançar com a cultura dos partos domiciliares planejados (KOETTKER *et al.*, 2018), e a perspectiva da garantia do direito das mulheres, enquanto política pública.

No âmbito internacional, é reconhecido que as mulheres devem ter acesso às informações de qualidade para, então, escolherem de maneira consciente o local de parto, que mais se sentirem seguras e terem os direitos respeitados. Além disso, é recomendação da OMS que as mulheres façam essa escolha baseadas em sentimento de segurança, seja em domicílio, casa de parto ou ambiente hospitalar (CURSINO; BENINCASA, 2020). Ressalta-se que a OMS se alinha ao sentido do direito, reconhecendo o ambiente domiciliar como opção para o parto.

Corroborando o posicionamento da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), afirma-se que as mulheres devem ter os filhos em locais onde se sintam seguras e no nível mais periférico em que a assistência adequada for viável.

Também essa posição é do Tribunal Europeu de Direitos Humanos, ao declarar que o direito ao respeito pela vida privada inclui o direito de escolher as circunstâncias do nascimento (COFEN, 2019).

A *International Confederation of Midwives* (ICM) afirma que uma mulher tem o direito a um parto em casa como opção válida e segura e faz uma ressalta, ser um direito para as mulheres tomarem decisão informada de dar à luz em domicílio, com apoio de uma enfermeira obstétrica ou obstetriz. No Brasil, a Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), entidade associada à ICM, também reafirma essas recomendações para o direito de escolha da mulher (COFEN, 2019). Essas afirmações são altamente enfrentadas, principalmente pela classe médica e sob o ideário de o PDP promover maiores riscos perinatais.

Nesse sentido, no estudo de Scarf *et al.* (2018), comparou-se a assistência ao parto hospitalar e o parto domiciliar planejado, demonstrando que não houve diferença estatisticamente significativa para os resultados de óbito fetal ou neonatal precoce, portanto, não havendo chance aumentada no parto domiciliar, nem redução da chance no hospital destas complicações, mostrando que o parto domiciliar não constitui maior risco de morte fetal ou neonatal precoce.

Em recente metanálise, Reitsma *et al.* (2020) que contaram com 16 estudos, envolvendo, aproximadamente, 500.000 mulheres que planejavam o parto domiciliar, apontaram que, nos partos planejados no ambiente domiciliar, houve menor chance de cesárea, parto instrumental, uso de analgesia, episiotomia, lacerações graves (3º e 4º graus), uso de ocitocina sintética, durante o parto, e infecção materna.

Também foram analisados e considerados dois grupos: locais onde enfermeiras obstétricas/obstetizes atendiam partos domiciliares bem integradas aos serviços de saúde e espaços onde estas profissionais estavam menos integradas à rede de assistência materno-infantil. Nos locais em que existe essa integração, a mortalidade perinatal/neonatal de partos domiciliares foi semelhante à taxa de partos hospitalares. Nos lugares menos integrados, a mortalidade foi maior, porém sem significância estatística, demonstrando que o risco de mortalidade perinatal e neonatal não foi diferente para partos domiciliares planejados em comparação aos partos em ambiente hospitalar (REITSMA *et al.*, 2020).

A respeito do local de nascimento, Reis *et al.* (2017) afirmam que o ambiente permeia aspecto profundamente importante da experiência do parto, pois compõe e

integra a atmosfera do nascimento do filho, que está associado à renovação da vida, representando, para muitos, um dos momentos mais intensos e significativos da existência humana, ocasionado a partir das informações fornecidas para as mulheres, ao buscarem pelos direitos e pelas escolhas.

### **2.3 Processo informativo para escolha das mulheres para vivência do parto domiciliar**

Ao analisar o processo de parto e nascimento, diversas são as etapas na construção de saberes e tomada de decisões. Ao partir da premissa de que a informação alicerça esse caminhar, é importante destacar que não existe conceito único de informação, sendo a concepção variada de acordo com os aspectos selecionados (LARA; CONTI, 2003, p.27):

Numa abordagem pragmática, a informação pode ser distinguida, como: processo (que se relaciona à alteração de um estado de conhecimento); conhecimento (o que é comunicado, o que concerne a algum fato, evento ou assunto particular, o que reduz - ou aumenta - a incerteza); e “coisa” (atributo de objetos - documentos ou dados referidos como informação por serem considerados “informativos”).

Pesquisas acerca da busca de informações mostram que indivíduos em situações problemáticas, ao sentirem inadequação do estado de conhecimento, iniciam a busca pelas informações, motivado pela dúvida, assim o usuário intenta suprir tal “deficiência” com o processo informativo para responder os questionamentos (LIRA *et al.*, 2007). A partir desse pressuposto, subentende-se que se torna necessário o surgimento da dúvida, para que se movimente em direção à aquisição de informação e conseqüente mudança de consciência.

Experienciando-se processo soberano de convencimento, em que não há espaço para dúvidas quanto à opção do parto, do local de parto, sem acesso a informações quanto à possibilidade de outras vivências, o processo de busca por outras opções possivelmente não ocorrerá. Conforme Davis-Floyd (1994), a obstetrícia tende ao esforço de controle da natureza, trabalhando com os valores junto às mulheres e fazendo com que o medo impere. E, desse modo, alimenta-se a hegemonia do modelo tecnocrático nos sistemas de saúde, com destaque para saúde da mulher que assim vem sendo desde a década de 1980, negligenciada e vivendo um movimento de questionamentos, por vezes “perdas” ou retrocessos, mas também

de conquistas e, principalmente, de luta pela manutenção de tais conquistas.

Entende-se ser necessário um caminho de abordagem proativa de informações, em que o contato prévio com a informação ocorra, munindo os usuários de conhecimento, garantindo às mulheres mais acesso à informação sobre direitos em relação ao parto e nascimento; a assistência profissional necessária, seja em âmbito hospitalar ou domiciliar, para que a mulher possa fazer a livre escolha (LESSA *et al.*, 2014a). Portanto, para que a desinformação não se materialize enquanto ferramenta de coerção social, limitando o protagonismo das mulheres e a autonomia feminina, por vezes unicamente em favor do exercício do profissional de saúde.

Assim, destaca-se, também, não somente o acesso à informação, mas a forma de transmissão, que quando realizada de maneira técnica e formal se configura como “comunicação iatrogênica”, mantendo a indiferença e a impessoalidade nas relações com a mulher, de modo a desconsiderar presença, sentimentos, medos, dúvidas e reais necessidade, promovendo processo de distanciamento entre ela e os profissionais de saúde responsáveis pela assistência (TRINDADE; SPINIELLI; MOREIRA, 2018).

Esse conhecimento mostra que as mulheres que escolhem pelo parto domiciliar planejado se utilizam de diversas fontes de informação, devendo-se esse fato principalmente à condição educacional dessas mulheres; as informações surgem como fator influenciador na tomada de consciência plena, assim como na opção pelo parto domiciliar planejado (LESSA *et al.*, 2014a). A partir dessa compreensão, a comunicação da informação deve ser trabalhada de maneira adequada e sem “barreiras”, pois a disseminação e o acesso à informação desvela-se como estratégia de impulso à criação de políticas públicas de saúde, de modo a estender e garantir os direitos das mulheres em relação ao parto e nascimento.

Soares *et al.* (2017) apontam que, atualmente, podem ser observados parâmetros que influenciam o processo informativo dessas mulheres, como a rede familiar e social, a internet e os profissionais de saúde que as acompanham. No cenário vigente, dentre os meios de informação, existe destaque para grande força da internet, altamente disseminada e que se revela como importante instrumento para fonte de informação, apreensão de conceitos sobre o tema e tomada de decisão:

A internet, por meio de sites e blogs especializados, artigos científicos e redes sociais são outras opções a que recorre a mulher, principalmente no que diz respeito a suas dúvidas quanto às vantagens e desvantagens da via de parto



que deseja, uma gama de informações está disponível nesse veículo. Textos convincentes e bem elaborados são dispostos [...] essa ferramenta informativa constitui um importante meio de esclarecimento para escolha de via de parto (SOARES *et al.*, 2017, p. 5429).

A crítica ao modelo de atenção obstétrico atual tem sido alvo de muitos debates, paralelo a isso, as mulheres se aproximam cada vez mais do conhecimento científico amplamente divulgado na internet e, ao se apropriarem da informação, antes monopolizada pelos profissionais de saúde, relativizam a autoridade do profissional, afirmando a insatisfação com as ofertas profissionais, reinterpretando experiências, reivindicam o direito de escolha e recusa informada (SANFELICE; SHIMO, 2015).

A participação em grupos de apoio também se destaca enquanto ferramenta informativa, cujo processo educativo desenvolvido no grupo de gestantes possibilita a quebra de mitos, trabalha a preparação para o parto para maternidade e paternidade, promove subsídios para maior segurança e autonomia ao casal, gerando como produto mudanças de atitudes e comportamentos. E, desta forma, a escolha pelo parto domiciliar planejado vem crescendo, acompanhado pelo aumento do compartilhamento de experiências de parto, por meio da participação desses grupos de apoio e da utilização de ferramentas da internet, como as redes sociais e os blogs (SANFELICE; SHIMO, 2015).

O movimento de ruptura do modelo tecnocrático corrobora as evidências sobre as emergentes transformações vivenciadas no cotidiano, no cenário de saúde da mulher. Quanto ao trajeto e à força da transmissão da informação, Lino e Diniz (2015) afirmam:

Apesar da cesárea no Brasil ser vista como bem de consumo, as evidências científicas são consensuais em mostrar que oferece maiores riscos para a saúde da mãe e do bebê saudáveis, com impacto na saúde materna e dos recém-nascidos. Trata-se reconhecidamente de uma questão de saúde pública, pois a maneira como definimos a qualidade dos programas da saúde pública em um dado período de tempo deve ser compatível com o usufruto da saúde de forma equivalente pelas futuras gerações. Há, no entanto, uma crescente comunidade de profissionais e usuárias que se opõem a este modelo, constituindo um movimento na esfera política e social, organizado que auxilia o acesso a um modelo de cuidado mais humanizado e baseado em evidências. Uma vez que o modelo que promove o parto espontâneo tem sido apoiado pela OMS e pelo MS, as recomendações destes órgãos são usadas como argumento técnico e político por esses movimentos. Eles têm criado uma grande quantidade de recursos de informação, incluindo grupos presenciais, cursos, livros, vídeos, bancos de narrativas escritas e em vídeo, sites de informação sobre evidências e listas eletrônicas de usuárias, tendo crescente alcance sobretudo entre a população mais "incluída digitalmente" e de renda mais alta (LINO; DINIZ, 2015, p. 2).

O potencial impacto da informação disseminada em grupos de apoio e redes de profissionais de saúde envolvidos com novas perspectivas que apoiam o protagonismo e empoderamento da mulher, atingem não somente demais mulheres, mas a toda sociedade. Logo, esse movimento de acesso informativo/comunicativo/educativo, baseado em evidências e nas próprias orientações da OMS e do MS, pode e deve ser fortalecido e encorajado, com propósito de representar instrumentos de mudança do cenário obstétrico, percebendo que a aquisição do conhecimento é essencial como estratégia de apoio para tomada de decisão, desvelando-se caminho apropriado para conquistas de um modelo de atendimento ao parto mais seguro, qualificado e respeitoso.

A influência das mulheres como sabedoras e detentoras deste saber advindo de experiência próprias de parto e nascimento (sejam experiências negativas e/ou positivas) ganham destaque no quesito da estruturação do processo informativo para escolha pela vivência do parto domiciliar planejado. Portanto, os relatos de experiências cotidianas de mulheres, somadas ao misto de informações advindas dos diversos meios de comunicação, desde redes sociais a artigos em plataformas científicas, são ingredientes que alicerçam a tomada de decisão das mulheres.

Lessa *et al.* (2014a) apontam o reconhecimento da busca de informações como nova relação de poder que se estabelece entre profissionais e mulheres, que pode ter origens diversas, científicas ou fruto da experiência:

A partir dos depoimentos, constatou-se que as mulheres que tiveram parto no domicílio, contribuíram decisivamente para a opção das outras, por meio do intercâmbio de saberes e práticas relacionadas à opção pelo parto domiciliar. A vivência confere a essas mulheres a condição de autoridade e decisão. Nos quesitos parir e escolha do local de parto, as próprias mulheres se percebem como detentoras do conhecimento oriundo da prática de amigas que vivenciaram o parto no domicílio. A forma de reconhecer o conhecimento como advindo da vivência do parir pelas mulheres, faz parte das relações de poder que envolvem as relações dessas mulheres e sua opção pelo parto domiciliar (LESSA *et al.*, 2014a, p. 669).

As mulheres optantes por parir em casa não estão por modismo ou desinformação, ao contrário, após se depararem com a realidade obstétrica hospitalar brasileira, escolhem abster-se da suposta segurança por décadas associada a este ambiente, para serem protagonistas dos próprios partos em suas casas (CURSINO; BENINCASA, 2020).

Em outra perspectiva, tem-se também a transferência de informação, a partir da assistência do profissional de saúde que acompanha a mulher desde o pré-natal, que pode tornar-se grande influenciador, subsidiando informações, seja de forma positiva ou negativa. Cabendo a este o dever de transmitir informações de qualidade, contudo, no que tange ao parto domiciliar planejado, o SUS ainda não traz essa modalidade como realidade expandida, o que baliza essas informações inevitavelmente para um ambiente de distanciamento dessa opção e de qualquer outra que fuja do ambiente hospitalar.

Apesar do reconhecimento quanto aos apelos pela humanização do cuidado e de ser amplamente veiculada a importância da comunicação com a mulher, diversos profissionais de saúde não tem o intuito de incentivá-las, constituindo-se espécie de acordo velado, em que, muitas vezes, as mulheres não perguntam, os profissionais não respondem e todos saem “satisfeitos”. Todavia, constata-se a importância do estabelecimento de relação de confiança, cumplicidade e comunicação efetiva entre profissionais e usuários. Esteja essa noção de confiança associada à relação com o profissional, como também em si, reconhecendo-se como “especialista em si mesma” e necessidades (LINO; DINIZ, 2015).

Os profissionais vinculados às instituições de saúde e autônomos também reconhecem a crescente oferta de subsídios informativos e comunicativos para escolhas e/ou opções no âmbito do parto e nascimento, com objetivo central na humanização do processo partitivo. Ao reiterar essa tendência, Rodrigues (2019, p 98) afirma:

A comunicação deve ser trabalhada adequadamente junto à mulher, com relações mais próximas no contexto do parto e nascimento, mostrando que o profissional de saúde tem uma atenção mais acolhedora e entendendo os seus anseios e sentimentos, em prol de um cuidado que vá ao encontro do direito a uma informação e à garantia ao respeito quanto às suas expectativas.

O profissional de saúde tem obrigação ética e legal de oferecer informações claras e completas sobre o cuidado, dando oportunidade a mulher de participar das decisões com base nas informações disponibilizadas e assim, promovendo a autonomia da mulher em todo processo de parto e nascimento, minimamente com informações cientificamente embasadas e não tendenciosas, a fim de que elas possam tomar decisões compartilhadas e adequadamente fundamentadas, por opção própria (SANFELICE; SHIMO, 2015).

Estimular a tomada de decisão informada das mulheres é uma forma de valorização dessa capacidade, do respeito dos direitos ao próprio corpo e da autonomia. Para o profissional de saúde, além de vislumbrar novos caminhos e maneiras de agir enquanto profissional, também promove o direito à condição de pessoa e resgate ao cuidado centrado nas necessidades da mulher (SANFELICE; SHIMO, 2015).

Quanto aos significados dos profissionais que atendem ao PDP, tem-se o entendimento da assistência domiciliar como possibilidade de resgate da humanização do nascimento, diante da insatisfação às condições oferecidas pelas maternidades e da prática dos correspondentes ideais. Nesse panorama, a promoção da segurança no PDP é tida como constante objetivo a ser alcançado, à luz de atualizações periódicas e por meio do conhecimento científico sobre o PDP na literatura nacional e internacional. Corrobora-se a segurança do PDP para mulheres de risco habitual assistidas por parteiras profissionais/enfermeiras obstétricas e em locais onde haja hospital de referência para possíveis transferências, pois, no PDP, a segurança constitui o foco do cuidado obstétrico. Não obstante, verifica-se que o PDP é uma realidade de poucas mulheres, mas que apresenta resultados maternos e neonatais positivos, quando comparados a outras formas de assistência, além de satisfação unânime (CURSINO; BENINCASA, 2020).

A informação se destaca e alavanca possibilidades de provocações individuais, institucionais, sociais e políticas, encabeçando a construção dos pensamentos nesses níveis e no inconsciente coletivo. Na certeza de que transformações dessa magnitude não ocorrem a curto prazo, porém se compreende que se vivenciam possibilidades de democratização do acesso à assistência a outras modalidades de parto, no caminhar da humanização que direciona a centralidade à mulher, corroborado pelos pensamentos de Rodrigues (2019) que afirma:

Há uma perspectiva de mudança, saindo de um modelo intervencionista que possibilita a violência obstétrica e a centralidade no profissional de saúde, para um modelo que transcende um cuidado humanizado, tendo como centro a mulher em si para a garantia de um cuidado seguro frente à fisiologia do processo de saúde reprodutiva. Quando há essa valorização da fisiologia da parturição, o profissional de saúde configura um parto em uma nova dimensão que escapa do aspecto de normalidade e de rotinas institucionais, indo ao encontro do aspecto da vida da mulher para um cuidado seguro (RODRIGUES, 2019, p 155).

Lessa *et al.* (2014a) observam predominantemente a insatisfação das mulheres com o modelo obstétrico vigente, havendo constante busca por informações acerca do tema e desejo de autonomia sobre seus corpos neste momento que permeia a gestação, o parto e o nascimento. Urge, portanto, construir estratégias de fortalecimento interrelacional, para maior igualdade de direitos, em que, a partir do conhecimento quanto às possibilidades fisiológicas, empoderando-se e fortalecendo a relação de confiabilidade com o profissional de saúde, de modo a maximizar o potencial para atitudes pessoais e políticas.

O processo informativo para escolha das mulheres para vivência no parto domiciliar perpassa pela busca ativa nos variados meios de informação, como redes sociais grupos, artigos científicos, acesso aos *blogs*, vídeos, participação em grupos de apoio, atravessando as relações familiares e sociais, rede de apoio, dentre outros, em que as próprias mulheres são meios de informação e retroalimentação desta “cadeia” informativa que também contempla os profissionais de saúde. Desse modo, a informação emerge enquanto impulso para alteração dos “*status*” das relações sociais e, principalmente, de poder “profissional x usuária/mulher”, embasando e viabilizando escolhas e conseqüentes decisões próprias.

### 3 CAMINHO METODOLÓGICO

Ao compreender o desenho das escolhas metodológicas, a partir da compatibilidade com os aspectos abordados e pretendidos no desenvolvimento deste estudo, traçou-se o caminho metodológico, a fim de alcançar os objetivos estabelecidos, ressaltando que, de acordo com Minayo (2012), para fazer ciência, é necessário trabalhar simultânea e mutuamente teoria, método e técnicas, sempre considerando que a qualidade de uma análise depende também da arte, experiência e capacidade de aprofundamento do investigador, dando o tom e o tempero do trabalho que elabora.

#### 3.1 Tipo de estudo

O caminho metodológico foi amparado no estudo de caráter descritivo, exploratório, na modalidade do tipo estudo de caso, sob abordagem qualitativa a respeito da escolha de mulheres no PDP.

A abordagem qualitativa se destaca, à medida que o verbo principal deste tipo de análise é “compreender”, sendo a matéria-prima composta por um conjunto de substantivos, cujos sentidos se entrelaçam: experiência, vivência, senso comum e ação; respondendo a questões muito particulares, que não podem ou não deveriam ser quantificadas. E, assim, trabalhando com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, entendidos como parte da realidade social (MINAYO 2007; MINAYO, 2012).

Prodanov e Freitas (2013) apontam que consideram que, na pesquisa qualitativa, há relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. Portanto, a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são premissas básicas nesse processo.

Em relação aos meios empregados, esta pesquisa se designa como estudo de caso, pois se trata de um

conjunto de dados que descrevem uma fase ou totalidade do processo social de uma unidade, em suas várias relações internas e nas suas fixações culturais, quer seja essa unidade pessoas, família, profissional, instituição social, comunidade ou nação (FIGUEIREDO; SOUZA, 2010, p. 110).

Minayo (2014) aponta que o estudo de caso constitui meio de organizar dados sociais, preservando o caráter unitário do objeto social estudado. Assim, essa modalidade de estudo se utiliza de estratégias de abordagem qualitativa para estruturar, descrever e analisar o contexto, as relações e os significados a respeito dos fatos, fenômeno ou eventos investigados. Assim, essa variante da abordagem qualitativa permite a profundidade de um contexto específico, sem a generalização dos resultados.

As pesquisas descritivas salientam aquelas que têm por objetivo estudar e descrever as características de um grupo, tendo também como finalidade levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população. Enquanto as pesquisas exploratórias apresentam como foco principal desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias. Assim, as pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática (GIL, 2008).

A partir desses entendimentos, constituíram-se os alicerces metodológicos desta pesquisa, visando complementaridade e predisposição do direito e escolha à busca de mulheres no PDP.

### **3.2 Participantes do estudo**

Os participantes do estudo foram 20 mulheres que tiveram parto domiciliar planejado na região metropolitana do estado do Pará, cujos critérios de inclusão estabelecidos foram: 1) mulheres com idades acima de 18 anos; 2) ter optado pelo PDP, ainda que tenham sido transferidas para unidade hospitalar; 3) partos realizados entre 2018 e 2021, como justificativa a insuficiência de possíveis participantes para compor a pesquisa, a partir do levantamento junto ao cenário do estudo, desta forma, optou-se por esse período. Excluíram-se os partos domiciliares não planejados.

O processo de seleção obedeceu às etapas: 1) fornecimento do contato telefônico e e-mail das mulheres que pariram, entre 2018 e 2021; 2) realização do contato, para aproximação inicial para fornecer explicações do estudo; 3) realização da amostragem por conveniência, das mulheres que responderam aos contatos de forma efetiva, totalizando 25 mulheres; 4) aplicação dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos; 5) explicações dos objetivos, riscos e benefícios do estudos

e da forma de coleta dos instrumentos de pesquisa; 6) marcação das entrevistas, de acordo com a disponibilidade da participante; 7) encerramento da coleta de dados, mediante a saturação teórica e estabelecimento de 20 participantes do estudo.

Para assegurar a privacidade e o sigilo quanto aos dados coletados, as participantes foram identificadas pelas letras M (Mulher), seguidas de algarismo arábico ( $M_1, M_2, M_3, \dots, M_{20}$ ), conforme a realização das entrevistas. Adotou-se essa identificação com propósito de resguardar a identidade das participantes da pesquisa.

A seleção por meio da amostragem por conveniência envolve a escolha das pessoas mais convenientes disponíveis, como participantes da amostra e aquelas que respondem às demandas impostas pelo convite (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

A interrupção das entrevistas obedeceu ao critério de saturação teórica, sendo utilizada em pesquisa qualitativa, que considera quando se coletam os dados, ocorre transferência de significações psicoculturais do meio original, seja de indivíduos ou grupos, para outro meio, aquele do pesquisador, sendo considerado os dados saturados quando nenhum novo elemento é encontrado e o acréscimo de novas significados torna-se convergentes e encadeamento de sentidos dos discursos, motivando a compreensão do cerne do fenômeno estudado (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Desse modo, não se estabeleceu cálculo amostral, visto que, na abordagem qualitativa, não se faz parte dos aspectos conceituais. Assim, esse número sofreu alteração quando se atingiu 20 participantes, pelo processo de saturação teórica, para o encerramento da coleta de dados.

### **3.3 Cenário da pesquisa**

O cenário do estudo foi a Equipe de Enfermagem Obstétrica Naiá Parto Domiciliar, composta por enfermeiras obstétricas autônomas, de caráter privado e empreendedor, com atuação na região metropolitana do estado do Pará, na assistência ao parto domiciliar planejado, com acompanhando de todo ciclo gravídico puerperal, com atividades relacionada ao pré-natal, parto domiciliar planejado, parto hospitalar, à consulta puerperal, consulta com questões inerentes ao aleitamento materno e saúde sexual e reprodutiva. Até o momento, obteve-se mais de 100 partos realizados pela equipe.



A Região Metropolitana I abrange os seguintes municípios: Belém, Ananindeua, Benevides, Marituba e Santa Bárbara, conforme a regionalização de saúde do Estado do Pará, pactuada em Resolução nº 90, de 12 de junho de 2013, da Comissão Intergestores Bipartite do Pará (ESTADO DO PARÁ, 2013). Essa região é a área com maior concentração populacional e o principal centro urbano do Pará, agrupando 1/3 da população total do estado, sendo a segunda maior região em concentração populacional do Norte do Brasil. Também, sob a perspectiva de redes de atenção à saúde, observa-se maior convergência estrutural nesta região, principalmente relacionado à Atenção Hospitalar e de Unidades de Terapias Intensivas (neonatal e adulto) e Unidades de Cuidados Intermediários, além da concentração dos leitos obstétricos de alto risco, neonatais e intermediários (ESTADO DO PARÁ, 2012).

Essa equipe está alinhada com a rede de saúde suplementar, composta para resguardar a assistência obstétrica e neonatal, em caso de intercorrências, com um médico obstetra e neonatal, para garantir segurança e suporte necessário, na rede de atuação. Apesar de não vinculação dentro destas unidades de saúde, havia a participação destes profissionais em caso específico da intercorrência.

As enfermeiras atuantes nesta equipe (Naiá Parto Domiciliar) concluíram especialização em enfermagem obstétrica, com ampla atuação prática em instituições públicas e privadas, configurando vasta experiência, dando segurança para atuação no parto domiciliar. Atualmente, fazem parte da equipe de PDP três (03) enfermeiras obstétricas.

A Equipe EO Naiá Parto Domiciliar teve início das atividades no acompanhamento de mulheres e familiares no PDP, em 2008, com dois enfermeiros obstétricos, tendo o primeiro parto realizado em domicílio em novembro de 2008. Em 2013, houve mudança na equipe de PDP, ocasionada pela saída de um membro que assumiu o cargo de presidente da Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiros Obstetras e Neonatologistas do Estado do Pará (ABENFO-PA). Assim, em 2013, houve nova composição, com outra enfermeira obstétrica para contribuir com a equipe no cuidado às mulheres no PDP. E, com o pensamento para ampliação da equipe, houve a inserção, em 2019, de outra enfermeira obstétrica para elevar os atendimentos das mulheres na região.

As enfermeiras obstétricas da equipe participaram do aprimoramento de PDP e curso de reanimação neonatal com o bebê ligado ao cordão umbilical, pelo Grupo

de Apoio a Maternidade Ativa (GAMA); anualmente, a equipe participa do Simpósio Internacional de Assistência ao Parto (SIAPARTO), para capacitação e atualização ministradas nas oficinas e no simpósio do evento. Além de cursos de formação com relação às emergências obstétricas (parto pélvico, distocia de ombro), como também cursos pautados no cuidado pré-natal e parto, conforme evidências científicas.

Para tanto, solicitou-se formalmente à direção do cenário de investigação, a autorização para o livre acesso a informações das mulheres que tiveram o PDP com as enfermeiras obstétricas e os respectivos contatos. Essa autorização (ANEXOS A) foi entregue à pesquisadora, viabilizando, assim, o início do processo de seleção das participantes.

A pesquisadora não tem conflito de interesses, não possui vínculo com a equipe caracterizada como cenário do estudo. A aproximação ocorreu na busca de equipes que realizavam PDP no estado do Pará, assim chegando até a Equipe Naiá Parto Domiciliar, única com essa característica específica, assumindo, assim, a condição do cenário.

### **3.4 Técnica de coleta de dados**

Nesta fase da pesquisa, segundo Lakatos e Marconi (2010), inicia-se a aplicação dos instrumentos elaborados e das técnicas selecionadas, a fim de efetuar a coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada por intermédio de roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE B), com perguntas abertas e fechadas. Quanto às entrevistas semiestruturadas, Spink *et al.* (2014) afirmam que:

Tem como característica o fato do/da pesquisador/a construir previamente um roteiro norteador, mas com uma liberdade tal de perguntar que propicie momentos de construção, negociação e transformação de sentidos, colaborando na interanimação dialógica e na manutenção do foco da entrevista, permitindo acrescentar perguntas e/ou aprofundar determinada questão ou temática fundamental para o estudo. Como isso implica seguir um nível mínimo de padronização, pode ser útil no caso de o/a pesquisador/a comparar ou complementar informações entre diferentes interlocutores (SPINK *et al.*, 2014, p. 61).

Para tanto, o roteiro foi elaborado a partir dos objetivos do estudo, estruturado nos eixos temáticos norteadores, primeiro com dados socioeconômicos; obstétricos; e perguntas norteadoras em relação à escolha do parto domiciliar planejado, como o

processo de decisão, escolha, história, medos, dificuldades e meios de informações para basear escolhas e direito.

Os dados foram coletados entre agosto e dezembro de 2021, sendo realizada pela pesquisadora principal, por meio de entrevistas agendadas de forma presencial, conforme a disponibilidade da participante, que ocorreu no próprio domicílio ou local de trabalho. As entrevistas obtiveram média de 120 minutos de duração. Os dados obtidos foram gravados em aparelho mp3 ou similar, sendo utilizado este recurso para contribuir na transcrição dos dados. Após esse processo, foram transcritos integralmente pela pesquisadora principal.

A gravação de voz é o melhor modo de preservar o conteúdo da entrevista. Contudo, uso do gravador somente pode ser feito com o consentimento do entrevistado, sob pena de infração ética injustificável (GIL, 2008). As gravações e os respectivos textos serão armazenados por período de cinco anos, sob a responsabilidade da pesquisadora e, após esse prazo, excluídos, como prevê a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

### **3.5 Dimensões éticas**

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), do Instituto de Ciências da Saúde (ICS), da Universidade Federal do Pará, como preconiza a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos, obtendo a aprovação conforme o protocolo nº 4.463.291/2020; Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 39952720.3.00000.0018 (ANEXO B).

As entrevistas foram realizadas mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B). Antes da realização da entrevista, cada participante assinou duas vias do TCLE, em que manifestaram a concordância e o aceite em participar da pesquisa. Esclareceu-se sobre os procedimentos de coleta de dados, riscos, benefícios e demais assuntos correlacionados à pesquisa. As informações coletadas durante as entrevistas foram mantidas em sigilo e assegurados os direitos de desistência e/ou retirada de depoimento, a qualquer tempo.

A instituição selecionada como cenário do estudo foi comunicada a respeito da

aprovação pelo CEP e recebeu cópia do inteiro teor da pesquisa, para ciência e acompanhamento das etapas descritas no cronograma (APÊNDICE D).

A pesquisa não previu riscos eminentes, contudo, quando se tratou de interação social entrevistador/entrevistado, os sujeitos estiveram expostos a constrangimentos ou questões desta natureza que puderam surgir durante o processo, em virtude da subjetividade das relações humanas, ainda que não seja desejado. As questões foram contornadas à luz da sensibilidade e do diálogo mantido pelo pesquisador, conduzindo a compreensão sobre a importância e a magnitude do compartilhamento de experiências.

Desse modo, a pesquisadora foi treinada, tornando-se capacitada para aplicação do instrumento de coleta de dados, com propósito de evitar riscos aos participantes e, nesse processo de aplicação, a pesquisadora realizou a promoção para resgatar a integridade física, psíquica e emocional de cada participante. Assim, a participante, em caso de qualquer constrangimento, pôde interromper a entrevista e retirar o depoimento.

Os benefícios dos estudos estão no âmbito dos direitos e das escolhas das mulheres, dos profissionais no contexto da Enfermagem Obstétrica do estado do Pará, assim como para comunidade científica e sociedade de forma geral, vislumbrando contribuição na mudança de paradigmas e crescimento conjunto frente ao enfrentamento dos desafios que cercam a escolha pelo parto domiciliar planejado.

### **3.6 Análise, tratamento e interpretação dos dados**

Na análise dos resultados de um estudo, Lakatos e Marconi (2010) afirmam que o pesquisador entra em maior detalhe sobre os dados decorrentes da pesquisa, a fim de conseguir respostas às indagações, procurando estabelecer as relações necessárias entre os dados obtidos e as hipóteses formuladas, que são comprovadas ou refutadas, mediante a análise.

Minayo (2012) afirma que a análise do material qualitativo se apoia nos verbos e substantivos, respectivamente: compreender, interpretar e dialetizar; experiência, vivência e ação. E a conclusão desta análise deve apresentar texto capaz de transmitir informações concisas, coerentes e, o mais possível, fidedignas, possibilitando construção de conhecimentos.

Neste estudo, o procedimento metodológico utilizado para análise dos dados

coletados foi estruturado a partir de técnica de Análise de Conteúdo, que de acordo com Bardin (2011), sendo desenvolvida em três fases: a) pré-análise; b) exploração do material; e c) tratamento dos dados, inferência e interpretação, em que:

A pré-análise é a fase de organização. Inicia-se geralmente com os primeiros contatos com os documentos (leitura flutuante). A seguir, procede-se à escolha dos documentos, à formulação de hipóteses e à preparação do material para análise. A exploração do material constitui, geralmente, uma fase longa e fastidiosa que tem como objetivo administrar sistematicamente as decisões tomadas na pré-análise. Refere-se fundamentalmente às tarefas de codificação, envolvendo: o recorte (escolha das unidades), a enumeração (escolha das regras de contagem) e a classificação (escolha de categoria). O tratamento dos dados, a inferência e a interpretação, por fim, objetivam tornar os dados válidos e significativos. À medida que as informações obtidas são confrontadas com informações já existentes, pode-se chegar a amplas generalizações, o que torna a análise de conteúdo um dos mais importantes instrumentos para a análise das comunicações de massa (BARDIN, 2011, p. 95-101).

Na primeira fase, iniciou-se a leitura flutuante de cada uma das 20 entrevistas, com a finalidade da familiarização do conteúdo, em que foram realizadas várias leituras, assim, com a escolha de elementos representativos. Posteriormente, sucedeu à exploração do material, em que foram construídas intervenções de codificação, relacionando com os depoimentos transcritos pelas participantes do estudo, com a finalidade de categorização, conforme Bardin (2011).

Nessa fase, utilizou-se da unidade de significação, em que, inicialmente, montou-se um quadro de unidades. Após algumas estratégias de organização, escolheu-se a planilha ampliada, utilizando-se da colorimetria com a marcação por meio de distintas cores, no *Microsoft Word*<sup>®</sup>, e legenda para o significado de cada cor estabelecida, agrupando-se em todas as unidades afins, permitindo visão geral das unidades. Após o agrupamento das unidades de codificação, avaliaram-se os percentuais destas, em que se reagruparam as que demonstraram um sentido, formando temas para cada grupo.

A partir do desmembramento dos temas, construíram-se as categorias. Enfatiza-se que os passos da construção dessas categorias foram correlacionados com os objetivos do estudo. Deste modo, a partir do tratamento dos dados, construíram-se as unidades de registro, como apresentado nos Quadros 1, 2 e 3.

Quadro 1 - Unidades de significação, segundo Núcleos Temáticos e Frequência, para elaboração da primeira categoria

<b>Núcleo Temático: A informação para a escolha do PDP</b>	
<b>Unidade Temática: Rede de apoio ao PDP</b>	
<b>Unidades de Significação</b>	<b>Nº de Repetições</b>
Influência de outras mulheres	45
Participação em grupos de mulheres/parto e nascimento	36
Restrição de informações sobre a escolha do PDP	56
Orientação e conhecimento sobre a equipe	41
Assertividade/confiabilidade/segurança e preparo da equipe	38
<b>Total de UR por Categoria</b>	<b>216</b>
<b>Total de Entrevistas por Categoria (n=20)</b>	

Fonte: REIS, 2022.

Quadro 2 - Unidades de ignificação, segundo Núcleos Temáticos e Frequência, para elaboração da segunda categoria

<b>Núcleo Temático: A informação para a escolha do PDP</b>	
<b>Unidade Temática: Autonomia e empoderamento da mulher</b>	
<b>Unidades de Significação</b>	<b>Nº de Repetições</b>
Autonomia e presença e empoderamento feminino	30
O hospital como risco/ambiente inseguro	39
Receio de sofrer intervenções desnecessárias	61
Violência obstétrica anterior/ experiência de ancestrais/familiares	53
Medo de não conseguir garantir esse tipo de parto (PDP)	34
Informação como determinante do direito	47
<b>Total de UR por Categoria</b>	<b>264</b>
<b>Total de Entrevistas por Categoria (n=20)</b>	

Fonte: REIS, 2022.

Quadro 3 - Unidades de ignificação, segundo Núcleos Temáticos e Frequência, para elaboração da terceira categoria

<b>Núcleo Temático: A informação para a escolha do PDP</b>	
<b>Unidade Temática: Obstáculos e dificuldades para o PDP</b>	

<b>Unidades de Significação</b>	<b>Nº de Repetições</b>
Profissionais de saúde contra o PDP	25
Questões financeiras	32
Escassez de mão de obra	30
Omissão da escolha pelo PDP	41
Convicção do PDP como direito	50
Luta contra o sistema	20
<b>Total de UR por Categoria</b>	198
<b>Total de Entrevistas por Categoria (n=20)</b>	

Fonte: REIS, 2022.

E, findando, na última fase do processo analítico, o tratamento dos resultados, a interferência e interpretação possibilitaram a identificação das unidades de significados, a categorização dos elementos construtivos e o reagrupamento dos sentidos, com base na categorização não apriorística, que emergiu perante o contexto das respostas dos participantes, que fundamentaram a construção das categorias, conforme descrito no Quadro IV, para facilitar a visualização da relação entre o Núcleo Temático, as Unidades Temáticas, as Categorias e Subcategorias pertinentes ao estudo.

Quadro 4 - Núcleos temáticos, unidades temáticas, categorias e subcategorias

<b>Núcleo Temático</b>	<b>Unidades Temática</b>	<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Informação para a escolha do PDP	Rede de apoio ao PDP	Apoio às mulheres para escolha pelo parto domiciliar planejado	Rede de apoio entre mulheres para o parto domiciliar planejado
			Meios de informação para escolha pelo parto domiciliar planejado
	Autonomia e empoderamento da mulher	Empoderamento da mulher como fator para escolha pelo parto domiciliar planejado	Informação como alicerce para autonomia da mulher na escolha pelo parto domiciliar planejado
			Escolha pelo parto domiciliar como ruptura de modelo obstétrico: direito das mulheres

	Obstáculos e dificuldades para o PDP	Obstáculos para garantia de escolha pelo parto domiciliar planejado	Dificuldades enfrentadas pelas mulheres para garantia de escolha e efetivação do direito ao parto domiciliar planejado
			Relação desigual, poder e autoridade do modelo obstétrico brasileiro: desrespeito, julgamento e imaginário para a escolha da mulher do parto domiciliar planejado

Fonte: REIS, 2022.



## 4 RESULTADOS

### 4.1 Caracterização das mulheres que vivenciaram o parto domiciliar planejado

Obteve-se a caracterização das participantes, conforme perfil socioeconômico, profissional e obstétrico, a partir dos dados objetivos da técnica de coleta de dados da entrevista semiestruturada, com intuito de conhecimento do perfil destas mulheres que escolhem o parto domiciliar planejado como alternativa para vivência do parto e nascimento distinto do modelo assistencial.

As participantes perfizeram total de 20 mulheres e, para conhecimento das características destas, segue a apresentação dos seguintes fatores: idade; estado civil; etnia/raça; religião; escolaridade; dados profissionais, como profissão, tipo de vínculo; trabalho fora; renda familiar; participação na renda familiar; moradia; dados obstétricos como número de gestações; partos; abortos; tipos de partos; parto domiciliar planejado; gestação planejadas e desejadas; local de parto e do nascimento da participante e da progenitora.

Quanto à caracterização das mulheres, houve predominância de idade entre 30 e 40 anos, com 11 participantes, seguidas de cinco participantes entre 20 e 30 anos de idade e quatro maiores de 40 anos.

O estado civil dominante (nove participantes) caracterizou-se como casada, seguido por união estável (seis), solteiras (quatro) e uma divorciada. A etnia/raça com mais representatividade foi a parda com 14 participantes, seguida de branca com três, preta com uma, amarela com uma e outros com uma participante que se autodeclarou como latina.

A religião de maior primazia foi o catolicismo com oito participantes, o protestantismo com cinco, participantes sem religião com quatro, duas afrodescendentes e uma na vertente do espiritismo. Quanto à escolaridade, obteve-se a predominância de mulheres com especialização *lato sensu* completa (cinco), seguida de especialização *lato sensu* incompleta (quatro), ensino superior completo (quatro), pós-graduação *stricto sensu* de curso de mestrado (quatro), uma com doutorado, como também ensino superior incompleto e ensino médio completo, uma participante cada.

As participantes tinham profissões distintas desde jornalista, enfermeira,

secretária, professora, analista de sistema, do lar, com duas participantes cada, seguida de uma participante cada, a saber: bióloga, radióloga, psicóloga, advogada, engenheira, roteirista, gastróloga, autônoma. Das participantes, 14 exerciam atividades extradomiciliares, enquanto seis, não. Quanto ao vínculo empregatício, nove eram liberais/autônomas, seguidas de funcionárias públicas (sete), duas sem nenhum vínculo empregatício e duas mulheres com carteira assinada frente à Consolidação de Leis Trabalhistas.

Quanto à renda familiar, 10 mulheres recebiam de quatro a 10 salários-mínimos, seis mais de dez e quatro entre dois e quatro salários-mínimos. O salário-mínimo no ano de 2021 era R\$ 1.192,40 reais. Quanto à participação no orçamento familiar das participantes, houve predominância de sete mulheres com 50% de participação, seguidas de quatro com menos de 50%, quatro que não participavam do orçamento familiar, duas com 100% do orçamento, e uma entre 50% e 100% de participação na renda familiar. Quanto à moradia, 10 detinham casa própria, enquanto 10 viviam de aluguel ou casa dos parentes.

Os dados socioeconômicos exibem, portanto, semelhanças aos encontrados nos estudos nacionais e internacionais, desvelando o fato de que mulheres que optam pelo PDP, geralmente, possuem condição socioeconômica privilegiada, como demonstram os resultados de Cursino e Benincasa (2020), apresentando ensino superior completo, com a incidência oscilando entre 53% e 71,4%, e exercício de atividade remunerada entre 61,4% e 74,3%.

Moura *et al.* (2019) verificaram que a maioria das mulheres possuíam estado civil entre casadas e uniões estáveis, com 72,4%, faixa etária considerada produtiva de 20 a 29 anos (58,3%), com ensino superior com dados de 83,4%, funcionárias públicas com taxa de 81,9 %, similar ao estudo de Koettker *et al.* (2018) que pesquisou 667 participantes do estudo, do total de mulheres analisadas, que a maioria possuía elevada escolaridade, residentes nas Regiões Sudeste e Sul do país.

Em relação à caracterização de dados obstétricos, ao número de gestações, houve domínio de oito participantes com duas gestações, seguidas de sete com apenas uma, quatro com três gestações e uma participante com quatro gestações. Acerca do número de partos, 10 mulheres tiveram um parto, seguidas de seis com dois, três com três e uma com quatro partos. Quanto ao abortamento, três mulheres tiveram de modo espontâneo. Referente ao tipo de parto, houve a equivalência de

partos normais com todas as mulheres, sendo que apenas uma, na primeira gestação, teve cesariana como via de parto. Das participantes, 15 tiveram um parto domiciliar planejado e cinco, dois. Dos filhos que nasceram vivos, apenas um veio a falecer não pelo motivo do parto.

No tocante à gestação do PDP, 13 mulheres relataram que foram planejadas, enquanto sete com gestações não planejadas. Em relação à gestação desejada, uma relatou que não foi desejada.

Sobre o local de nascimento da participante, 17 ocorreram em ambiente hospitalar, sendo nove cesarianas e oito partos normais, duas foram de parto domiciliar planejado e uma não soube informar o local, mas foi por via de parto normal. Quanto ao local de nascimento da progenitora, 13 foram de parto domiciliar e sete em ambiente hospital, com parto normal.

A partir da caracterização das mulheres que optaram pelo parto domiciliar planejado na região metropolitana do estado do Pará, na sequência, apresenta-se o processo dos resultados inerente ao tratamento dos dados.

Mediante a análise, identificaram-se unidades temáticas de maior frequência, que agrupadas, desvelaram as seguintes categorias a saber: 1) O apoio às mulheres para escolha do parto domiciliar planejado; 2) O empoderamento da mulher como fator para a escolha do parto domiciliar planejado; 3) Obstáculos para garantia de escolha do parto domiciliar planejado.

#### **4.2 Apoio às mulheres para escolha pelo parto domiciliar planejado**

No universo de parto e nascimento, as mulheres que experienciaram tipos de parto alternativos aos hospitalares costumam destacar-se como referências no tema, sendo vistas, por vezes, como detentoras de saber privilegiado e proporcionalmente pouco disseminado, quando comparado ao universo hospitalocêntrico do nascimento. De modo que passam a ser fonte de inspiração, segurança e apoio para demais mulheres com os mesmos interesses.

Assim, contribuem decisivamente para a opção de outras mulheres, por meio do intercâmbio de saberes e práticas relacionadas à opção pelo parto domiciliar. Como se a vivência conferisse a essas mulheres a condição de autoridade e decisão, constituindo parte das relações de poder entre mulheres que optam pelo parto

domiciliar planejado, surgindo entre elas profundo sentimento de irmandade (LESSA *et al.*, 2014a).

Reações sociais negativas e contrárias à opção pelo parto domiciliar planejado ainda são comuns, então, quando mulheres encontram outras mulheres com os mesmos interesses de parturição, no caso especificamente da opção pelo PDP, que por si só representa caminhar na contramão do modelo obstétrico vigente, esse sentimento de irmandade configura também grande potencial de transformação social.

A exemplo dos grupos de apoio às mulheres, gestação e parto, que comumente nascem de movimentos sociais e mobilização feminina, oportunizando acesso a informações confiáveis e de qualidade através de outras mulheres, há, também, profissionais de referência, com compartilhamento de informações obtidas por vivências e/ou práticas exitosas, seja por meio da indicação de livros, documentários, artigos, estudos, evidências científicas atuais e meios de informação seguros para pesquisa. Assim, disseminam e compartilham as vias de acesso aos direitos.

Conforme Clancy e Gjaerum (2019), o parto domiciliar, sob a perspectiva feminista, reconhece as vozes das mães e destaca sentimentos e valores relacionados às experiências emocionais e corporais do nascimento, enraizada nos princípios de justiça e diversidade, criando ambiente de confiabilidade.

Importantes fatores relatados por mulheres que descreveram experiências positivas de parto, incluem o sentimento de realização, a fé na força e nas habilidades inatas de alguém, ter relacionamentos positivos e de confiança com outras pessoas significativas e atitude positiva em relação ao nascimento (SKRONDAL; BACHE-GABRIELSEN; AUNE, 2020). Sob essa perspectiva, o apoio às mulheres para a escolha do parto domiciliar planejado está amplamente associado às relações nutritivas entre mulheres.

Para ampliar a discussão desse processo, apresentam-se as subcategorias estabelecidas no processo de análise:

- 1) Rede de apoio entre mulheres para o parto domiciliar planejado;
- 2) Meios de informação para escolha do parto domiciliar planejado.

#### 4.2.1 Rede de apoio entre mulheres para o parto domiciliar planejado

As mulheres têm como processo de escolha a influência de outras mulheres

que já passaram pela experiência do parto domiciliar planejado. Essa relação de mulher para mulher constitui importante alicerce informativo recebido sobre as experiências compartilhadas do PDP, subsidiando a possibilidade de escolha do parto domiciliar.

Então, eu tenho uma amiga que engravidou depois que eu tive meu segundo filho, quando ela foi ter a filha dela, comecei a perguntar onde ela iria ter [...] ela falou que ia ter em casa, então, eu perguntei, mas como assim casa? Ela foi me explicar, que ela tinha entrado em contato, conhecido um grupo, então, eu comecei a ficar curiosa, mas como assim? [...] Ela foi me explicando, aí, quando aconteceu o parto dela, ela mandou fotos para mim, os relatos [...] foi me falando os passos dela e, aí, eu fiquei curiosa, mas pelo parto domiciliar. Mas, neste ponto, nós começamos a organizar e fomos fazendo [...] nós ainda chegamos a participar de algumas reuniões de um grupo que a minha amiga me indicou, mas não consegui para muitas reuniões, mas foi um tempo muito bom também que a gente ganhou muitas experiências, ouvir muitas histórias [de mulheres] e é bem legal assim, então, foi assim [...] quando eu soube da ideia do domiciliar, eu fiquei mais encantada ainda. Eu disse não, vamos atrás disso, ela foi me contando depois que ela teve o parto [...] Ela foi me falando ainda, aí, eu pedi lá o contato das meninas. (M1)

Só que eu conversei com essa minha amiga que teve bebê e ela me contou, falou das enfermeiras que ela conheceu, me contou como que foi o parto dela. Parto normal, ela teve na casa dela também. E ela me falou das enfermeiras e tudo, mas o ponto que fez decidir pelo parto domiciliar. Ela falou: se tu tens condições, procura por um parto normal, só que a gente não sabia como que iria ser, se iria ser domiciliar, mas ela falou: procura um parto normal. E fui procurar as enfermeiras, o meu primeiro contato e foi essencial. (M2)

A gente pesquisou bastante, aí, eu já tinha pessoas bem próximas a mim, amigos que tiveram o parto domiciliar e indicaram a equipe, as pessoas com quem eu poderia estar falando para conseguir fazer. (M6)

Eu acho que foi eu pesquisar profissionais, eu conversar com mulheres que tinham tido parto normal ou parto domiciliar. (M7)

Foi quando, por coincidência da vida, eu tinha uma amiga, que trabalhava justamente com o parto domiciliar, nós nos formamos juntas e eu entrei em contato com ela. E ela foi me explicar todo o processo, como é que fazia, isso logo no início da gestação, eu deveria estar com seis semanas, foi muito importante para minha escolha. (M9)

As informações fornecidas pelas mulheres que experienciaram o parto domiciliar planejado foi primordial para a escolha do PDP pelas participantes. O apoio por meio de experiências exitosas de outras mulheres constituiu elo para garantia dos direitos à informação qualificada, possibilitando a vivência segura do parto domiciliar.

A minha amiga esclareceu muitas coisas sobre como funcionava o parto, descreveu como foi na casa dela, todo o apoio que ela teve da equipe e ela falou: você pode confiar plenamente nelas [profissionais], são muito boas são muito profissionais e não tenha medo, pode que é uma coisa muito segura. E, assim, eu nunca imaginei [...] Ela fazer isso porque para mim, ela era uma

mulher muito medrosa e quando ela falou, eu disse tenho certeza. E, aí, ela foi esclarecendo as coisas cada dia mais informando de todo processo, então, para mim foi a melhor ajuda que eu tive. (M1)

Mas, eu pensava comigo: eu não quero passar por esse momento e não ter a oportunidade de estar presente fisicamente e emocionalmente, espiritualmente e tocar esse filho, como meu primeiro encontro com ele. [...] Quero poder tocar, quero poder carregar, quero poder sentir ele vindo do mundo, eu não quero ser anestesiada para isso. [...] Então, decidi que eu faria dessa forma, eu conversei com minha mãe, eu já tinha conversado com uma amiga, ela perguntou como é que iria ser, como é que a minha mãe estava reagindo. Não queria ir para o hospital, para mim, era muito mais prático e seguro eu estar em casa, poder passar por esse momento em casa e em outras partes, também detesto hospital, qualquer contato com cirurgia, qualquer coisa nesse sentido, evito. Mas, foi basicamente assim que eu decidi. (M2)

Isso começou depois que eu tive a certeza de que seria seguro, porque a nossa [casal] maior preocupação é essa: procurar informação de qualidade com quem vai te dar informação de qualidade. Então, eu pensei: por que não o domiciliar? Aí, eu abri minha mente para isso e comecei a pesquisar mais, e escolhi ter em casa. (M8)

Mas, foi muito tranquilo o suporte que a gente teve da equipe de enfermeiras que, sem dúvidas, garantiu 100% de tranquilidade e segurança. A gente sabia que elas eram muito competentes e que estariam ali para o que pudesse acontecer, passaram toda a informação e senti segura para ter em casa o meu parto. (M18)

O encontro com grupos de mulheres configura importante estratégia para disseminação de informação e trocas de experiências exitosas para escolha pelo parto domiciliar planejado. Essas trocas constituem movimento constante de elo e relação com outras mulheres, a fim de garantir a desmitificação do parto em casa.

Quando descobri que estava grávida, comecei a frequentar um grupo de apoio de mulheres, que conversavam sobre o parto domiciliar. Eu ia periodicamente, participava de todas as reuniões. E, também, já tinha esse desejo de ter o parto domiciliar, foi sendo alimentado durante os encontros e, neste grupo, consegui as informações que buscava. As experiências que elas me contaram, assim, abriram a minha mente. E a palestra que eu fui também no grupo. Então, conhecimento é fundamental para garantir esse parto, para trabalhar esse cabeça, porque é realmente é na cabeça, se eu não tivesse bem resolvida na mente e com subsídios em relação a isso. Então, o conhecimento foi primeiramente o que garantiu esse parto. (M3)

Algumas reuniões aqui em Belém do grupo de mulheres, que tinha, conheci as meninas, conheci uma colega, conheci as meninas e a gente iria trocando nossas experiências. E, nessa época, então, não era um movimento muito forte, estava ainda no início do grupo, mas a gente tinha certeza que, depois de um tempo, eu comecei a ter certeza do parto domiciliar era a melhor escolha para meu filho. (M4)

Eu tenho uma amiga que é enfermeira obstétrica, e ela comentou sobre o grupo de mulheres e, assim, comecei a participar. Ainda cheguei a participar das reuniões. E abri meus horizontes para a equipe de parto que tinha aqui, entrei em contato com elas, fiz várias perguntas, porque a gente sempre tem

medo de tudo, desde que engravida, a gente tem medo das coisas, porque colocam isso na nossa cabeça, mas essas experiências foram boas, e conheci mais, especialmente pela informação que recebemos. (M8)

Ah, todas as mulheres do grupo de mulheres, por exemplo, foram um grupo que ajudou muito e foram basicamente elas, meu companheiro ficou meio assim, não acreditou muito, meu ex-companheiro, minha mãe também, minha família ficou meio indecisa, mas eu fui mesmo assim. Foi basicamente mulheres que me apoiaram. (M11)

E sempre conversava com uma amiga, que conheci não lembro onde, faz tempo, e ela indicou um grupo de mulheres que falavam sobre a gestação e parto [...] indicou para ir às reuniões. E, comecei a participar, comecei a pensar sobre, comecei a ler muito sobre o parto domiciliar, conversar com as mulheres, e foi quando eu decidi pelo parto domiciliar. (M12)

A minha irmã que também é enfermeira disse: “Olha, estão incentivando parto normal, mana, é muito interessante. Eu acho que seria interessante tu participares das reuniões, seria bom para ti” [...]. Ela disse vai que vai ser muito bom, são relatos de várias mulheres, têm problemas assim que tu tiveste. Aí, comecei a participar das reuniões e vi relatos muito interessantes, e os benefícios de um parto humanizado, de um parto domiciliar. Esse esclarecimento foi muito importante dentro do grupo para essa escolha do meu parto. (M13)

Experiências negativas de parto anteriores, com vivências traumáticas pelas mulheres, incentivaram que as participantes oportunizassem a busca de conhecimento para a escolha do parto domiciliar. Com a finalidade de não ocorrência de episódios traumáticos; intervenções desnecessárias no parto; desrespeito e violência obstétrica.

Eu sempre tive muito medo e não deu certo, acabou nascendo em um hospital, o primeiro parto. E o parto do primeiro filho foi um parto muito ruim, eu sofri violência obstétrica, a enfermeira, mas ela empurrava, assim, minha barriga para ele sair, eu tive episiotomia, tive todo o combo do direito, fiquei muito, muito mal depois que ele nasceu. E do segundo filho e dos outros, que falei que não iria mais rolar, foi escolher o parto em casa para não ter o desrespeito. Fui ter em casa para não ser violentada. (M4)

O primeiro médico do meu filho, eu decidi não ficar com ele porque durante o trabalho de parto, tinha negado duas vezes o toque e, nas duas vezes, ele fez o toque, e ele também mandou eu ficar em uma posição de peito para cima, que não queria essa posição, porque dói muito e ele fez uma coisa no meu colo que rasgou o meu colo! E, daí, eu decidi que não seria ele e teria meu filho em outras circunstâncias, fora do hospital. (M5)

Então, assim, para ti ter noção, assim, as violências obstétricas que eu sofri, não tem como dizer que a gente não sofre, a gente sofre em todos os sentidos. Só de eu falar que eu passei por sete obstetras até chegar no final, eu estava com 37 semanas de gestação e eu mudei, já é uma violência obstétrica, por isso, pois ninguém queria me acompanhar, ninguém queria fazer meu parto, até que consegui, no final, com essa equipe maravilhosa. (M7)

Desse modo, a rede de apoio das mulheres torna-se essencial para garantia do direito delas para o parto domiciliar planejado.

#### 4.2.2 Meios de informação para escolha pelo parto domiciliar planejado

A iniciativa da própria mulher na busca por meios de informações a respeito do parto domiciliar, foi um processo contínuo e crucial, que possibilitou a garantia da escolha do parto domiciliar planejado.

A gente foi se organizando e se preparando para esse parto, lia muito, participava de fóruns on-line, enfim, fiz toda uma preparação mental para poder viver mesmo. Foi um parto, embora a gestação tenha sido planejada e eu não tivesse condições, mas eu planejei esse parto, busquei todo tipo de informação, por vontade própria. Nisso, realmente me empenhei para que desse certo. (M3)

E ela me mandou o link de um congresso, alguma coisa sobre uma palestra, não me lembro bem o nome [...] foi on-line sobre questões de parto normal, contra a violência obstétrica e foi a primeira vez que eu comecei a ver sobre isso. Eu sempre via vídeos, assim, de partos. Estava tipo assim, aquele meio bum de parto na água. Então, eu fiquei assim: eu quero muito ser mãe, eu estou me planejando para isso. E aí eu comecei a pesquisar e entender sobre isso desde então. Desde que eu entrei no mestrado. Então quando eu descobri que eu era mãe, que eu iria ser mãe, que eu estava grávida, eu já tinha um leque de opções para onde que eu iria. Tanto no sentido do parto quanto no sentido educacional do meu filho. (M7)

Em relação ao domiciliar, foi de conversas mesmo, de leitura, de pesquisa. A gente estava passando por um período de pandemia, então, o fato de que um ambiente intra-hospitalar poderia ser um problema de risco, para mim, o bebê, e o parto domiciliar foi uma importante alternativa. Busquei todas as informações que consegui. (M8)

E quando eu engravidei, a primeira coisa que eu pensei foi: eu vou ter em casa [...] então, preparei para isso. Eu busquei profissionais que me ajudassem nisso, eu li muitos artigos, eu busquei muitos profissionais cientistas que falavam sobre parto domiciliar, fui atrás da informação. (M14)

Primeiro, pela minha área de atuação como enfermeira obstetra. E, aí, fiz especialização em obstetrícia, rodei em todos os hospitais, conheci muita gente, muitas histórias. E acho que o conhecimento me fez escolher pelo parto domiciliar. (M17)

E foi uma experiência tão avassaladora que eu comecei a buscar conhecimento sobre isso, mais do que eu já tinha buscado como gestante, porque eu estava fazendo mestrado na época, eu morava em Recife, então, eu comecei a pesquisar a fundo, artigos científicos. Eu me apeguei muito na medicina baseada em evidências, que agora está super em pauta, aí, com os últimos momentos com a história recente da obstetrícia. (M19)



Os meios de comunicação, como filmes, sites especializados, blogs de mulheres, redes sociais, como *Facebook* e *Instagram* foram estratégias importantes de disseminação do conhecimento e para discussão do parto domiciliar e da própria gestação, configurando elo para as mulheres quanto à escolha pelo PDP.

Então, assim, eu não buscava. Buscava mais nesses lugares específicos, como em blogs e internet, site de pesquisadores da área, para justamente para ter informação mais qualificada e não ficar, porque de achismo minha filha. (M4)

Eu fui assistir vídeo, eu assisti aquele documentário Renascimento do Parto, foi uma coisa que influenciou a decisão, fortaleceu a decisão do parto normal e também a questão do parto domiciliar, abriu a ideia para o parto domiciliar. (M8)

Eu já tinha visto algumas reportagens sobre o assunto e eu a vi [colega] postar algo sobre [Internet]. Aí, aquilo foi quando eu entrei em contato com minha colega na rede, dizendo que eu tinha visto, queria saber um pouquinho mais e foi quando ela [amiga da rede] começou a orientar como funcionava, sua experiência. Aí, aquilo foi crescendo, no decorrer foi crescendo e, cada vez mais, busquei essas informações. Foi estudando, procurando alguns artigos, poucos que eu achei falando, vídeos sobre, depois me ajudaram na questão de livros mesmo, de relatos de partos humanizados, tanto domiciliar, quanto hospitalar. De informação, foi através de relatos mesmo, em relação a vídeos, a questão de livros, que foi realmente a equipe que me orientou em relação aos livros e alguns artigos que eu lia procurando, que eu nem sei ainda tenho, que falavam um pouco sobre isso. Mas, o meu principal foco foram os vídeos mesmo, de procurar pessoas que tinham feito, como era, e foi isso. (M9)

Primeiro, já antes de eu pensar em engravidar, foi lançado um documentário chamado: Renascimento do Parto, no cinema, e fui assistir esse documentário com meu marido [...] saí de lá aos prantos falando para ele que no dia que eu engravidasse, eu queria ter meu filho de uma maneira mais humana, de uma maneira que eu não sofresse nenhuma interferência obstétrica e nem meu filho. Eu não queria nenhuma invasão, em ambos, foi neste ponto que decidi pelo parto domiciliar. A escolha foi através do documentário que eu assisti, tomei a decisão de que eu queria ter meu parto de um jeito mais humano, de um jeito que eu conseguisse participar ativamente do meu parto. (M14)

Tem um livro, acho que é Parto com Amor, aí, eu peguei alguns livros, que ela me emprestou sobre parto, sobre experiência de partos domiciliares. Blogs [...] tem um monte de blog, mas têm vários blogs que têm informação sobre dados científicos sobre parto, índices de mortalidade fetal, os benefícios [...] Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde, toda aquela listinha do que o Ministério da Saúde orienta para o parto. Essas informações oficiais eu também fui atrás, tudo na internet. (M18)

Fotografias constituem importante meio para demonstração da experiência do parto domiciliar planejado. A participante demonstrou que a fotografia foi essencial para a escolha do parto em casa.

Achei uma experiência única fantástica, ela [amiga] contando, mostrou as fotos e eu fiquei muito emocionada, muito emocionada, gravaram a hora do parto mesmo, a criança nascendo e aquilo, apesar de alguma algumas pessoas ficarem com medo, eu fiquei muito encantada e eu disse “eu quero” desde que eu engravidei a primeira vez eu disse “eu quero experimentar” e o que eu acho que é o normal [...] E eu queria sentir isso, primeiramente, primeiro da oportunidade para o meu filho sentir isso e para eu também sentir isso plenamente. (M1)

O apoio de equipe especializada, que fornece informações qualificadas, com base nas evidências científicas, com devido suporte para as mulheres, é fundamental para escolha e vivência do parto domiciliar planejado. O apoio e as informações representam importante passo das mulheres como forma de garantia do direito para o nascimento domiciliar, que foram acessados pela busca de equipes para o processo de nascer em domicílio.

O segundo a gente iria batalhar por um parto normal, aí, quando eu soube da ideia do domiciliar, fiquei mais encantada ainda. Eu disse não, vamos atrás disso, aí ela [amiga] foi me contando depois que ela [amiga] teve o parto, aí ela [amiga] foi me falando ainda, aí, pedi lá o contato das profissionais [...] eu comecei a planejar o meu. Aí, uma das enfermeiras era daqui [local de moradia] mesmo, pertinho aqui de casa, e do hospital e fiz logo contato e a gente começou a conversar para fazer. Recebi bastante informação, e com elas, fomos conversando até escolher o parto em casa. (M1)

Eu e o meu esposo, nós não somos de tomar uma decisão assim sem pensar nos riscos e tudo mais, então, a gente pensou em todas as questões e as enfermeiras que nos acompanharam, elas também têm uma preocupação muito grande, elas nos cercam de todos os cuidados e informação, então, isso trouxe muita segurança para gente muito mesmo. Senão, não teria embarcado. Que foi uma coisa totalmente diferente do que eu tive no meu primeiro parto. O apoio delas e a informação foram essenciais para a escolha. (M2)

Então, assim, encontrar com as enfermeiras, ter as informações que ela [enfermeiras] passou naquele momento, foi um divisor de águas, foi, aí, que encontrei com elas. Então, obtive reciprocidade gigante da enfermeira, apesar de que a gente não tinha, a gente não tinha planejado ter um parto domiciliar. Tinha possibilidade? Tinha, porque eu tinha feito uma série de acompanhamentos, durante a gestação que possibilitavam ter um parto domiciliar. (M7)

A busca de informação por distintos meios denota uma das estratégias para subsídios para garantia de escolha e direitos das mulheres no parto domiciliar planejado.

### **4.3 Empoderamento da mulher como fator para escolha pelo parto domiciliar planejado**

Paulatinamente, necessidades, vontades e direitos das mulheres no cenário de parto e nascimento têm sido violados e, como agente modificador dessa realidade, apresentou-se o resgate da força feminina, o empoderamento dos corpos e mentes, na medida em que se acessa possibilidades partos reais de escolha, do que deseja e como deseja.

E isso perpassa pela grandiosa riqueza da autonomia, que pode ser entendida como a ampliação da capacidade de escolhas, estando o conceito relacionado à ideia de liberdade, da livre decisão dos indivíduos sobre as próprias ações e possibilidades de trajetórias de vida. Assim, as mulheres que entram em contato com as informações de qualidade, apropriam-se desse saber, têm condições de questionar as práticas atuais e, a partir de então, sentem-se seguras para realizar uma escolha informada, consciente e fundamentada, de acordo com Sanfelice e Shimo (2015).

Rompe-se, assim, o ciclo padronizado de parto e nascimento hospitalar e reafirma-se a escolha pelo parto domiciliar, com a busca por respeito e valorização de uma assistência centrada na mulher, sem intervenções desnecessárias, por vezes já antes vivenciadas ou mesmo temidas.

Acesso a informações de qualidade, a crença inata no parto fisiológico e preparação desenvolvem confiança, sensação de controle e segurança, permitindo-lhes seguir os sinais do próprio corpo ao longo do caminho (SKRONDAL; BACHE-GABRIELSEN; AUNE, 2020).

Portanto, o empoderamento da mulher, durante a gestação e o parto, torna-a sujeito de voz ativa, que exige nada mais do que respeito à individualidade, ao corpo e à natureza do parto, a partir de informações pautadas em evidências científicas, relatos e consideração aos próprios direitos.

Assim, apresentam-se seguintes subcategorias formuladas no processo de organização e tratamento:

- 1) Informação como alicerce para autonomia da mulher na escolha pelo parto domiciliar planejado;
- 2) A escolha pelo parto domiciliar como ruptura de modelo obstétrico: o direito das mulheres.

#### 4.3.1 Informação como alicerce para autonomia da mulher na escolha pelo parto domiciliar planejado

As informações que as mulheres receberam e buscaram no momento da gestação foram cruciais para escolha pelo parto domiciliar planejado. A informação foi a estratégia para garantia do domínio do poder de decisão para escolha pelo PDP.

Então, antes de encher o peito para dizer escolhi uma cesariana, eu acho que é importante estudar, acho que é importante desmistificar muita coisa e fazer dessa escolha pessoal realmente uma escolha, não um capricho [...]. Eu acho que é importante respeitar e honrar nossa natureza, nossa capacidade de mulheres que somos...todo dia postas em xeque e poder parir, ter a chance de parir naturalmente, é o momento que a gente consegue sentir toda essa potência e vê que a gente é capaz. (M3)

Queria poder ter mesmo em casa, poder ficar próximo dos meus filhos, me sentir mais segura naquele momento, então, meu esposo super me apoiou naquele momento, ele também preferiu ter o parto domiciliar porque a gente teria todas as condições, assim, com os nossos filhos. Ter a nossa liberdade como casal, desse momento único, sem ninguém atrapalhando, esse foi o meu momento e decidi tê-lo. (M6)

Então, foram as vezes que eu mostrei meu direito de escolha do parto domiciliar, foi para os profissionais da saúde, que não acompanharam a tua mesma linha de raciocínio [...] acho que a informação foi a principal coisa que fez escolher isso, eu me informei que podia ter, informei com os meus médicos que eu tinha condição física para ter, eu tive uma equipe que me deu a condição psicológica para isso, eu tive minha família me apoiando. Eu busquei e decidi e vivenciei de fato. (M8)

Então, assim, eu me muni de coisas que me deram toda uma segurança, vai dar certo. E o pensamento positivo também. E blindando as opiniões que sempre têm, toda vez que eu dizia que iria ter em casa, as pessoas vinham e eu imediatamente blindava, e busquei ter o meu direito de ter o meu filho em casa. (M9)

A liberdade que a mulher tem, a forma como a criança nasce também, eu achei muito interessante, eu não fiquei com medo. Eu via muita mulher temerosa, porque a gente sempre ouviu em casa, a minha mãe falando de uma forma tão natural sobre os partos dela, que eu não tive realmente nenhum medo, e busquei essa informação, e foi superimportante para decidir vivenciar essa experiência na minha vida e do meu parto. (M10)

Tudo o que eu tinha uma imaginação, um sonho, eu vi que dava para ser concretizado. E eu percebia que era uma liberdade que a mulher tinha, de poder fazer isso com o filho, eu acho que era um presente mesmo que eu queria dar para ele, sendo muito isso [...] O sentimento é de liberdade, eu tive um sentimento muito grande de liberdade, de escolha, eu percebi que tem também um pouco dessa minha tradição, eu sou professora de história e isso foi um sentimento de valorizar o que minha mãe fez, ela teve parto normal domiciliar e eu também tive. (M13)

Eu busquei também saber como era aqui na cidade, como era aqui em Belém, se tinha muitas pessoas que estavam tendo parto domiciliar, procurei a

equipe para me informar de quantos partos eles tinham feito já feito aqui em Belém. Então, busquei todo tipo de informação a respeito do parto domiciliar, eu me preparei realmente para vivenciar o parto e vivenciei de fato, decidi isso para mim e minha filha (M14).

Acho que todas as pessoas, todas as mulheres que querem ter filhos, deveriam ter o direito de escolher a forma que querem parir, sem a indução dos obstetras [...] que a gente sabe que ainda lutam contra, apesar de hoje a gente ter algumas leis que estimulam e dificultam um pouco mais esse processo, mas ele com certeza ainda é burlado. E sabe que tem médico que justifica das formas mais esdrúxulas a sua cesárea. (M18)

A autonomia do próprio corpo e da vontade da mulher é fator para busca de informações e do empoderamento que culminaram no poder de decisão contra as intervenções e manipulações desnecessárias do parto, constituindo o parto domiciliar planejado um evento mais natural.

Talvez, por isso, talvez, também, por ouvir os comentários de quando a mulher tem filho normal, ela tem muito mais autonomia, ela se recupera mais rápido, então, eu não queria levar pontos, eu não queria ficar sem falar, não queria passar por uma série de coisas, um corte de oito camadas, enfim, uma intervenção tão grande no meu corpo, já bastava a gravidez que já em si já é uma intervenção. Então, eu queria algo mais natural possível, acho que foi isso. (M3)

Então, olha, quando eu tive meu primeiro filho, não tinha muita informação, então, eu fui para o hospital que era uma maternidade modelo, eu acredito, não me lembro, e chegando lá, a médica fez exame, vários exames, com o toque, me deixou lá na sala sozinha e saiu. Foi meio que um absurdo. E essa foi uma experiência que já não gostei, que eu percebi que realmente a gente fica meio que as pessoas não dão a informação correta, às vezes, acabam colocando mais medo na gente do que a gente deveria. E, não queria mais passar de novo o que foi o meu primeiro parto, foi traumático realmente, e busquei informação do que não tive no meu primeiro filho. (M6)

Ah, eu me sinto feliz, porque eu acho que foi uma decisão sobre o meu corpo, acho que foi a primeira decisão sobre o meu corpo que eu tomei. E acho que foi uma decisão muito bem tomada. (M12)

E, aí, eu tinha essa vontade de saber o que era isso e também minha preocupação era em saber se o meu filho tinha uma saúde muito boa, que não tivesse nenhuma intervenção, de nenhuma substância, que ele viesse com saúde e ele conseguisse realmente, naturalmente, surgir na vida, assim, natural mesmo. (M13)

Sentimento de coragem, sentimento de autonomia do teu corpo, de independência, porque foi uma atitude que eu tomei e eu não perguntei para ninguém, tomei com meu esposo, ele aceitou, ele foi maravilhoso, ele nunca questionou nada, então, foi um sentimento de muita felicidade, no sentido de que eu comecei a tomar as rédeas da minha vida, acreditar que eu posso ser quem eu quiser. Foi a partir dali, foi na gravidez e, principalmente, na decisão do parto. E isso se estende até agora. Para mim, o parto domiciliar foi o portal para eu renascer enquanto mulher mesmo, no sentido de quem eu quero me tornar a ser. (M20)

O conhecimento adquirido perpassado pelo processo de busca e apropriação

da informação foi determinante para garantia de um processo com mais sentimento de segurança e promoção de maior autonomia no nascimento do filho.

Todas as coisas que aconteceram comigo foram os únicos momentos que me senti segura de que estava fazendo a coisa correta, que eu me senti dona das minhas vontades, dona daquilo que eu realmente queria e que eu tinha poder sobre esse momento. Olha, a escolha em si, ela sim trouxe liberdade, mas eu acho que muito mais força. Eu acho que eu fiquei muito mais forte depois disso. Eu passei a me olhar de outra forma, então, a escolha, ela me trouxe uma libertação da limitação que eu achava que eu tinha. (M2)

Para mim, é totalmente seguro, claro que se as meninas te acompanharem e te falarem que pode ser parto domiciliar, em casa, tipo tranquilo, é muito seguro. Então, assim, em relação à segurança, não tem como te explicar o nível das meninas, elas são muito responsáveis para o que elas estão fazendo ali, passaram todas as informações e também busquei. (M5)

No momento muito medo, mas depois o amor, o amor que eu sentia pela minha filha, desde o momento que eu gerei, fez eu vencer os meus medos e tomar atitudes que eu jamais cogitaria que eu tivesse coragem de tomar. (M10)

O conhecimento é libertador para que as mulheres busquem a informação pautada para escolha do parto domiciliar planejado, assim garantindo vontades e direito.

#### 4.3.2 Escolha pelo parto domiciliar como ruptura de modelo obstétrico: o direito das mulheres

O ambiente hospitalar constitui marco amedrontador no imaginário das mulheres que perpassa pela lembrança de experiências traumáticas e violentas, e o parto domiciliar surge como processo de fuga para possibilidade de vivência de um parto com respeito.

Desde que eu soube que estava grávida, sabia que eu não iria de jeito nenhum para o hospital. Eu já tinha muita informação, estudado muito, depois do meu primeiro filho. Conheci alguns pesquisadores que falavam muito sobre o parto em casa, e já tinha certeza de que eu não iria mais para o hospital, que iria ter em casa. (M4)

Acho que falei no início mesmo, o que foi mais definitivo para gente mesmo foi a nossa certeza, de realmente querer ter o parto domiciliar [...]. Eu queria já porque já fiz um curso técnico de enfermagem, então, eu já fiz estágio, já trabalhei em alguns hospitais, então, assim, eu não sentia à vontade de estar tendo o meu filho no hospital, de um processo que não iria sentir à vontade. (M6)

Ah, eu queria fugir dessa violência obstétrica, que a gente sabe, especialmente por ser uma mulher negra, a gente sabe que a violência obstétrica é maior nos povos negros. Então, era uma coisa da qual eu queria fugir, eu sempre tive muito medo de cirurgia, então, eu não queria passar de jeito nenhum por uma cesárea, e tinha muito medo, não sei, eu tenho muito medo dessas coisas de invasão do corpo, assim sabe, então, foi uma escolha por causa disso. (M12)

E, aí, quanto mais eu me informava, mais eu tinha certeza de que eu realmente queria o parto domiciliar, porque eu via que a possibilidade de sofrer violência obstétrica dentro dessa estrutura hospitalar, desse sistema de saúde que a gente tem hoje, era muito alta e eu não queria de forma nenhuma. (M18)

O parto domiciliar planejado constitui momento único da própria plenitude da mulher, em vivenciar um parto repleto de atmosfera de naturalidade, da própria essência feminina, tendo um aspecto de direito. A mulher tem o direito de vivenciar o local de parto, onde ela queira, não tendo empecilhos, repleto de empatia, carinho e sentimentos que representam a configuração desta conquista.

Eu acho que foi isso para garantir o meu direito, eu acho que foi isso. Eu acho que isso não está muito só correlacionado aos profissionais, eu acho que correlacionado às informações que a gente passa para os nossos familiares, porque existe essa cultura do parto cesariano, de ir para o hospital, existe essa cultura. No meu subconsciente, eu sabia que o lugar onde eu ia parir meu filho seria no ambiente familiar, domiciliar. (M7)

Eu acho que eu garanti o meu direito de escolha, quando a minha família me apoiou na minha decisão e eu me mantive firme naquilo, com as próprias informações que eu tive. Então, sinto sempre um direito meu, é minha vez e vou vivenciar o que quero. Sempre perguntas, onde minha filha nasceu e falo: ela nasceu em casa, porque eu escolhi esse tipo de parto. (M8)

Eu acho que de amor. Acho que não tem um sentimento melhor que explique o que é o parto planejado domiciliar. É amor, acolhimento, carinho. (M17)

O parto domiciliar planejado representa momento que perpetua medo e receios oriundos da cultura obstétrica. Ressalta-se que a segurança do parto domiciliar constitui processo de conhecimento, mostrando que a informação qualificada produz conhecimento para garantia do direito feminino, com respaldo das evidências científicas, contraindo o próprio modelo obstétrico, que tem a cesariana como a principal forma de nascimento.

A principal motivação que eu optei pelo meu parto domiciliar foi pela segurança, porque pelo que eu estudei, o parto domiciliar é tão seguro ou até mais quanto o parto hospitalar [...] porque em casa, eu estou livre de uma série de coisas, considerando que eu sou, eu era, uma gestante de baixo risco, não tinha muita coisa para complicar e se houvesse intercorrência, iria ter uma equipe aqui disponível, olhando exclusivamente para mim e não

entrando no quarto de 15 em 15 minutos no hospital. De 15 em 15 minutos sendo muito boazinha, porque eles entram de 1 em 1 hora. (M11)

Eu fui buscar várias fontes de informação. Então, eu fui me informar mesmo sobre quantidades de parto, os péssimos índices que a gente tem no Brasil de parto cesárea, de mulheres que começam o acompanhamento obstétrico querendo parto normal e, no final das contas, acabam tendo parto cesariana por própria indução do médico, que é cesarista e vai colocando vários medos na mulher. (M18)

O conhecimento oriundo fornece subsídios para garantia do direito, mesmo sendo um processo contra o poder hegemônico da assistência obstétrica brasileira, que produz um sistema contra os direitos e as expectativas das mulheres.

Eu acho que a gente não tem escolha, eu acho que a gente é refém do sistema de saúde muito sacana, que se tu é mãe de primeira viagem e tu passa de uma data ou de um peso, ou de uma coisa [...] você está frita! Porque eles vão falar e a gente vai acabar sendo influenciada quando a gente não tem uma rede de apoio ou pessoas que te ajudem. (M4)

E eu sabia que seria muito difícil, porque a gente vai brigar com o sistema. Quando a gente quer o parto normal, a gente vai nadar contra a maré, contra tudo e contra todos, porque a nossa cultura é cesarista, a gente é uma geração que acredita que o hospital é a salvação de tudo e que muita gente morreu no parto normal. A minha avó teve 11 filhos e mais da metade foi normal em casa, porque antigamente se tinha em casa, mas os últimos filhos dela já foram no hospital. No último, teve todo aquele discurso de que era muito grande e ela era uma mulher pequena, nós somos mulheres pequenas na família. (M18)

As mulheres não obtiveram medo em relação à escolha pelo parto domiciliar, pois o conhecimento forneceu subsídios para qualquer questionamento acerca da escolha, mas surgiu o medo da não materialização das expectativas com o parto em casa.

Eu não fiquei com medo, eu fiquei apreensiva, mas medo não [...] eu sabia que que era o melhor e eu estava disposta a encarar, eu sentia, conversei com meu esposo e ele sempre teve comigo, sempre me apoiou. (M1)

Eu não tive medo, me senti bem segura, bem confiante. Na verdade, o meu medo maior, na época, era ser ludibriada e cair numa cesariana, e não conseguir o parto em casa. Eu entrei realmente numa militância, sabe?! E tinha muito medo de que algo desse errado e eu não conseguisse concretizar aquilo, talvez eu tenha sido até um pouco radical na época, mas foi necessário. (M3)

Assim, a escolha pelo parto domiciliar planejado configura ato de rompimento com o modelo hegemônico, para assistência voltada para escolhas e necessidades.



#### **4.4 Obstáculos para garantia de escolha pelo parto domiciliar planejado**

O parto domiciliar planejado ainda é uma opção para um número pequeno de mulheres, fato associado ao desconhecimento pessoal, coletivo e profissional, bem como à escassez de equipes especializadas, fatores financeiros, falta de apoio social e familiar e dificuldade de acesso. Contudo, cresce predominante a insatisfação das mulheres com o modelo obstétrico vigente, associado a uma constante busca por informações acerca do tema e ao desejo de autonomia sobre seus corpos no momento da gestação, do parto e nascimento (CURSINO; BENINCASA, 2020).

Ainda, vivencia-se disputa velada de poder e hegemonia de determinadas classes profissionais na perpetuação do domínio do cenário de parto e nascimento. Por meio de intervenções que anulam o protagonismo da mulher e a possibilidade de cuidado centrado na própria humanidade, em detrimento de um poder simbólico, instituído pela autonomia profissional e pelo protagonismo do profissional de saúde e da centralidade deste, conforme Rodrigues (2019).

Para além dessas dificuldades, a não inserção total deste tipo de parto no SUS pode ser considerada agente significativamente desencorajador do parto domiciliar como opção.

Somados a esses fatores, outros fatores que permeiam todos os anteriormente citados, como espécie de alicerce de obstáculo para disseminação do PDP, são a desinformação e o desconhecimento sobre a realidade ao entorno da opção pelo PDP. Assim, para garantir o direito, as mulheres têm que demonstrar forte autoconfiança para optar pelo PDP contra as opiniões dos profissionais de saúde, da família e da sociedade sobre a escolha como processo de risco inerente.

Desse modo, apresentam-se, perante a análise do material, as seguintes subcategorias:

- 1) Dificuldades enfrentadas pelas mulheres para garantia da escolha e efetivação do direito ao parto domiciliar planejado;
- 2) Relação desigual, poder e autoridade do modelo obstétrico brasileiro: desrespeito, julgamento e imaginário para escolha da mulher pelo parto domiciliar planejado.

#### 4.4.1 Dificuldades enfrentadas pelas mulheres para garantia da escolha e efetivação do direito ao parto domiciliar planejado

A fala a seguir mostra a dificuldade de equipes especializadas sobre o parto domiciliar planejado, sinalizando carência de profissionais na região para garantia do direito de escolha das mulheres:

Na verdade, a dificuldade que eu tive é de encontrar um profissional que fizesse, no caso, são poucas as pessoas. Foi a única dificuldade que eu tive de encontrar a profissional para me acompanhar. (M15)

Para garantia do parto domiciliar, observa-se que a mulher tem de realizar forte investimento para tornar essa decisão uma vivência real do parto domiciliar planejado. Assim, muitas mulheres ainda têm de fazer importante planejamento financeiro, para ter possibilidade do PDP, visto que não há uma alternativa para um parto domiciliar perante o serviço público. Desta forma, a opção pelo parto domiciliar não é para todas as mulheres, mas para uma parte delas, com maior poder aquisitivo ou aqueles que realizem tal investimento para garantia da realização do parto domiciliar.

Começamos a planejar eu já estava no sétimo mês de gestação e ela já vieram em casa para conversar, para dizer como era e tudo que a gente iria precisar, se a gente estava convicta disso, aí começaram a esclarecer as coisas para gente. Pois, elas falavam que às vezes, a pessoa quer, se encanta, mas quando vai para a sua realidade, às vezes, desiste. E até porque financeiramente é um pouco puxado, e caso vocês não tiverem condições, infelizmente, a gente não tem muito como garantir isso. Nossa família, a gente sempre trabalha com uma poupança, para alguma emergência e tudo mais, então, meu marido falou: “olha financeiramente não tem problema, a gente tem a nossa poupança, então, vamos levar adiante, se é isso que você quer mesmo”. (M1)

E, aí, a gente se preparou, inclusive eu tinha guardado o valor, porque eu achei que o parto cesariano também era cobrado. E, aí, fiquei [...] eu já tenho dinheiro aqui. (M2)

Mas, eu não tinha meios! Eu estava desempregada, o pai do meu filho também na época não tinha emprego, não tinha plano de saúde. Eu cheguei a fazer um plano de saúde, logo quando eu soube, mas não teve a carência para parto. A partir daí, dessa ideia, já muito convicta que eu queria o domiciliar, eu fiz uma campanha na família para conseguir doações, para conseguir fazer esse parto. E todos os familiares se mobilizaram, cada um com um pouco, minha vó, meu pai, meu sogro, enfim, todos se mobilizaram e a gente conseguiu levantar o dinheiro do parto, mas não é para qualquer um esse investimento. (M3)

Comecei a arrumar dinheiro, fazer vaquinha, fiz brechó, vendi um monte de coisa, foi quando falei para minha mãe, a minha mãe quis me bater [risos], foi quando falei para o meu companheiro na época também, e foi muito em cima,

eu lembro que foi muito em cima, porque eu tinha, sei lá, quantas semanas para arranjar o dinheiro, eu acho que eu estava na casa das 30 semanas. Já tinha tempo apertado para fazer tudo, juntar grana. (M12)

Eu juntei dinheiro durante a gestação, eu tentei juntar o dinheiro para pagar e negociei com as meninas, então, elas facilitaram muito, ainda continuei pagando para elas a última parcela e elas super parcelaram para a gente, mas também contei com o suporte financeiro da minha sogra e da minha mãe. Então, deu para fazer, mas ele realmente não é acessível a todas as mulheres, infelizmente. (M18)

O questionamento familiar, vindo principalmente de mãe, irmãs, avós sobre a escolha pelo parto domiciliar planejado, pode ser fator de obstáculo para garantia de decisão da mulher sobre o PDP, principalmente sobre a falta de uma rede de apoio da mulher, como a escassez de informações de familiares sobre o benefício e garantia do hospital como local próprio e seguro para o nascimento, como perpetuado pelo modelo predominante da atenção obstétrica, pela valorização da cesariana como método de nascer.

As minhas irmãs todas, tenho cinco irmãos, então, as irmãs questionaram, disseram, mas porque você quer fazer isso e eu disse por que eu quero, porque é uma coisa segura porque eu vou ter todo aparato. Então, decidi falar somente dias antes, para não atrapalhar em nada a minha decisão. Eu falei, gente, mas não é isso que está em jogo, então, eu quero experimentar. (M1)

Mas, no geral, por exemplo, o pessoal do meu trabalho me chamou de louca, algumas pessoas da igreja também [...] não queria estar falando, inclusive o meu chefe na época, ele perguntava para mim: “e aí para quando foi que marcou? Quando é que vem?”. Eu falava: ah tá marcado para abril, a gente vai ver aí alguma data boa em abril para poder marcar cirurgia. São poucos lugares que eu frequento, então, na igreja e aqui no trabalho eu encontrei alguma resistência, mas na maioria delas de homens, que não tem muita serventia para mim, que eles não entendem muito mesmo [...] eu tinha medo de ir para o hospital, em virtude de tudo o que eu passei no do primeiro parto, das coisas que aconteceram lá, então, eu tinha medo de ir para o hospital. (M2)

O meu companheiro na época, ele apoiou, tinha um pouco de medo, mas como eu sempre tive a opinião muito forte, ele apoiou. Minha mãe não apoiava, a família, em geral, não apoiava. Eu sou filha de cesariana, então, minha mãe achava que eu não fosse aguentar. Ela achava um absurdo, enfim, então, não tive muito esse apoio, na verdade, eu tive que fazer um trabalho de convencimento. A única pessoa que acreditava nisso era a minha avó, que teve os filhos normal. Então, ela acreditava. Tanto que eu tive o meu filho na casa da minha avó, foi lá o parto, na casa de minha avó (M3).

Eu acredito que não tem melhor escolha, é muito melhor, a gente ter em casa, está no nosso lar, está assim no aconchego, e também ter pessoas que vão estar ali do nosso lado e vão estar cuidado realmente com cuidado, com carinho, com atenção, ali para aquele momento especial e que, às vezes, no hospital, a gente não tem todo esse apoio, não tem palavras que vão confortar a gente. Então, assim, em relação à escolha, eu prefiro mil vezes ter em casa mesmo. Do que ter o filho no hospital. (M6)

Para fazer o parto domiciliar, eu me sentia mais segura, justamente por não estar em um ambiente hospitalar. Preferir ter em casa porque aí já estava em um ambiente mais seguro para mim e o bebê. (M16)

Torna-se necessária a ampliação do parto domiciliar frente um acesso mais igualitário e para todas. Pois, ainda, constatam-se dificuldades enfrentadas para o acesso do PDP, assim, é preciso garantir a escolha e os direitos das mulheres.

#### 4.4.2 Relação desigual, poder e autoridade do modelo obstétrico brasileiro: desrespeito, julgamento e imaginário para escolha da mulher pelo parto domiciliar planejado

A desinformação e a relação de poder/autoridade constituem importantes obstáculos para escolha das mulheres a respeito do parto domiciliar planejado, visto que a perpetuação da desinformação, sem base científica, pode contribuir para que mulheres não optem pelo parto domiciliar. Assim, a relação médico-paciente deve ser sustentada para garantia dos direitos das mulheres, com respeito pelas escolhas.

E todo mês tinha acompanhamento dela, de acompanhamento da minha médica [...] minha médica quando ela soube, porque eu já estava no finalzinho, então, ela começou a conversar sobre o parto, ela falou se era isso que realmente queria, se eu estava convicta do parto normal, e disse que sim [...] eu disse só tem uma questão que agora vai ser domiciliar, ela perguntou como assim domiciliar? Aí, expliquei para ela, ela disse: “eu não concordo com isso, eu sou contra, quero que você saiba, porque você tem uma médica, você tem um plano de saúde que cobre o que você quiser, inclusive o parto normal”. Ela disse: “mas você tem que pensar bem, porque em casa tem muitos riscos, se você passar mal como é que você vai ser levada para o hospital e tudo mais?” [...] eu falei: “doutora, desculpa, mas a senhora sabe que hospital também tem riscos, eu mesmo sei de várias histórias de mulheres que perderam seus filhos, histórias horríveis, enfim, então, eu acho que qualquer lugar existe o risco, tanto no hospital e parto em casa”. (M1)

Como se fosse coisa de outro mundo, parecia que a gente era extraterrestre, sabe? Não façam isso, pelo amor de Deus. Vocês vão estar muito arriscado e tudo mais. Vocês são loucos, por que vocês vão fazer isso? (M6)

Eu sou professora, então, professora não sabe nada sobre parto, eu estudei, eu sei sobre parto, fiz mestrado. Assim mesmo. Aí, eu disse: “Sr., eu sou professora porque eu gosto”, falei para ele, mas, ele me interrompeu novamente e eu disse: “está bom”. Saí de lá e disse que vamos procurar uma outra pessoa que seja uma pessoa mais humana, mais sensível, para eu poder pensar em parto em conjunto, e não sozinho. (M11)

O poder instituído pela autoridade médica, da relação verticalizada entre o médico e a gestante, contribui para muitos episódios de desrespeito quanto ao direito

e às escolhas femininas. A imagem de “descontrolada”, “louca”, “bicho”, “índia” detonam do imaginário de muitos profissionais de saúde, que tem o entendimento de uma questão ultrapassada, colocando em risco a própria saúde e do filho.

E ela [médica] falou que não, que ela não daria os dados que solicitei das consultas, porque eu estaria matando meu filho, que eu estava fazendo o parto, igual a “bicho”! Foi algo assim que ela falou, nem lembro direito, ela me chamou de índia. É uma coisa de índio, isso de parir em casa. (M5)

A obstetra que eu passei uma boa parte da minha gestação fez um abalo psicológico em mim, no meu esposo, sem tamanho. Falou que era capaz de ter, inclusive, um surto psicótico! Ela disse que eu poderia ter um surto psicótico, que eu iria enlouquecer meu marido, que eu iria ficar doida depois que tivesse o bebê [...] que não sei o que a doula que dá uma de enfermeira obstetra, que enfermeira obstetra dá uma de doula e que elas não sabem exatamente o que precisa ser feito e tudo mais, somente o médico pode ajudar você. (M7)

A médica me chamou de louca, que eu era uma louca, que eu não tinha responsabilidade com meu filho, que estava indo Maria vai com as outras, somente porque as celebridades estavam tendo filhos em domicílio, eu queria me igualar a elas, só que elas tinham aparato total, UTI perto delas, não sei o que mais, o risco do meu filho morrer, ter complicações era imenso [...] Eu me senti assim, estava eu, meu esposo, a gente não falou nada. A mulher falou de uma forma tão exaltada que a gente não conseguiu nem argumentar, quando argumentava, ela vinha com mil coisas, e que a gente já sabia através das reuniões. (M14)

Ela falava se eu era doida de escolher ter o parto em casa, um parto arriscado, se eu tinha tanta opção, por que eu fiz isso com a minha filha? Por que eu coloquei a vida dela em risco? Falava esses absurdos. Inclusive, alguns médicos. (M17)

O preconceito e o julgamento se perpetuaram como obstáculos para escolha das mulheres, em que muitas vivenciaram prática julgadora sobre o direito de escolha pelo parto domiciliar.

Não, eu não tinha medo, por incrível que pareça. Muita gente me julgou, eu fui muito julgada, porque eu era maluca de ter parto em casa, porque não tinha um aparato. Só que eu nunca tive medo. Os meus pais mesmo, teve muito preconceito com isso, só que eu nunca tive medo, eu sempre fui muito segura. (M10)

É, alguns médicos, me julgavam muito. Quando eu iria no posto, fazer uma consulta ou alguma coisa, eu fazia sempre pelo particular e pelo público, e o médico acabava julgando, mas eu nunca deixei aquilo me interferir. Ele falava alguma coisa e eu falava: tá bom [...] mas, a opinião é minha e pronto, a escolha é minha e acabou. (M11)

Desse modo, a relação desigual de poder instituído pela autoridade do profissional de saúde permite agir de forma sutil para objetivar o cerceamento de

escolhas, vontades e direitos.

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 Apoio às mulheres para escolha pelo parto domiciliar planejado

Na caminhada feminina em direção ao parto domiciliar planejado, a troca de saberes com outras mulheres que vivenciaram o PDP oportunizou as mulheres construção fundamental, potencializando com essas influências a possibilidade de experienciar esse vivido, seja a partir de mulheres, de forma individual, como parentes e amigas, como também no coletivo, a partir de grupo de mulheres.

Desse modo, ocorre a construção em formato de teia, uma rede de apoio, em que há seguridade e certezas próprias de quem vivenciou o processo tão julgado e distante da realidade da maioria das mulheres, considerando que apenas a vontade isolada não garante o direito a esta opção de parturição. Neste sentido, a socialização e o compartilhamento das experiências exitosas tornam-se informações valiosas e trazem a sensação de realidade para mais próximo dessas mulheres, além da confirmação quanto à segurança e ao profissionalismo que envolve o processo de realização de um parto em casa.

Sob a perspectiva feminista, considera-se que há, na vivência do PDP, o reconhecimento das vozes das mães e destaque de sentimentos, valores relacionados às experiências emocionais e corporais do nascimento, evocando e aprofundando-se nos significados que essas experiências representam para cada mulher (CLANCY; GJAERUM, 2019).

A participação em grupo de mulheres articulados por mulheres que vivenciaram o parto domiciliar planejado e as equipes que prestam assistência ao PDP surgem fortemente nesse cenário e, nessa transmutação de saberes, potencializam e se constroem possibilidades que vem a garantir direitos a partir de informação qualificada, como mecanismo de fonte segura, o que também engloba as informações profissionais e o (re)conhecimento da equipe de enfermagem obstétrica atuante na região como potencial alicerce para garantia da escolha. As informações são disponibilizadas para que cada mulher se permita a oportunidade de escolha.

A *Health Care and Clinical Excellence* traz como diretriz a importância de a mulher receber as informações disponíveis quando estiver decidindo onde ter o bebê, para que ela possa tomar decisão totalmente informada. Essa diretriz caracteriza

como as informações sobre os dados das taxas de intervenções, transferências e resultados perinatais de cada local de nascimento. Mas, há lacunas quanto à divulgação destas informações, especialmente com as instituições e aos profissionais de saúde, o que afeta diretamente a decisão das mulheres sobre o local de nascimento (HINTON *et al.*, 2018). A informação qualificada deve ser pautada nas recomendações científicas e nos dados da assistência, com intuito de sustentar a escolha das mulheres, como determina a literatura científica (LESSA *et al.*, 2014a; LESSA *et al.*, 2018; HINTON *et al.*, 2018; CLANCY; GJAERUM, 2019)

As mulheres que tiveram a experiência de PDP contribuem para construção desta decisão em outras famílias, por meio do intercâmbio de saberes relacionados ao tema e dos relatos de experiências (CURSINO; BENINCASA, 2020).

Na troca entre saberes de mulher para mulher, desvela-se também a vulnerabilidade interpretada a partir da assistência prestada nas unidades hospitalares, pois, por pertencimento de uma cultura institucional, representa empecilhos à conexão com o próprio corpo durante a assistência ao processo de parto e nascimento, traduzindo o hospital como lugar instrumental, intervencionista, patriarcal e pautado no modelo biomédico, cujas questões de tempo predominam, que podem até atender às necessidades médicas, mas estão longe de garantir as necessidades pessoais, sociais e culturais do parto (CLANCY; GJAERUM, 2019), regulando uma assistência que não permite conexão com o nascimento.

Há, cada vez mais, narrativas que valorizam o risco perinatal, contribuindo com significados de responsabilização e culpabilização em caso de ocorrer qualquer intercorrência, com propósito de restringir as decisões das mulheres e limitação por oportunizar o parto em casa, longe do contexto hospitalar (VOLPATO *et al.*, 2021).

As consequências dessas desconexões são violações de direitos femininos que emergem em narrativas de experiências negativas anteriores, sejam próprias ou de terceiras, pois nesse compartilhamento de informações entre mulheres não há apenas narrativas de experiências exitosas de PDP, como também relatos de violações, relações de poder, coesão e violências que são condicionantes para o declínio de parir em hospitais. Atukunda *et al.* (2020) corroboram a afirmação de que o hospital se torna um espaço de medo, especialmente pela cesariana, intervenções obstétricas e violência. Essas experiências compartilhadas impulsionam as mulheres como forma de resistência ao modelo hegemônico e para busca de informações que pautem o elo



de confiança para escolha do local do nascimento.

Forster *et al.* (2020), em estudo, demonstraram que apenas 9% das mulheres optam pelo parto domiciliar e o fazem devido a uma experiência hospitalar traumática anterior, cuja motivação está pautada em experiências negativas do parto ou por apreensão com o modelo de atenção à maternidade convencional. Pois, muitas vezes, essa vivência envolve intervenções de rotina e falta generalizada de respeito pela autonomia das mulheres (LARIOS *et al.*, 2019), anulando desejos e direitos delas.

Apesar dos avanços no campo do parto e nascimento, que incluem o aporte de conhecimento científico, a temática do parto domiciliar planejado necessita de maior disseminação do conhecimento. De acordo com Valinho *et al.* (2021), por meio de revisão sistemática que objetivou descrever as dificuldades do PDP no Brasil, na produção científica da enfermagem, há lacuna na produção científica e divulgação deste conhecimento sobre o parto domiciliar, fato que pode ser observado por ser tema que ainda precisa de regulamentação para atuação, especialmente no enfrentamento dos órgãos de classe e entidades médicas.

Na busca de informações sobre o PDP, observa-se associação da iniciativa da própria mulher, como observados em estudos (HINTON *et al.*, 2018; CLANCY; GJAERUM, 2019; FORSTER *et al.*, 2020; ATUKUNDA *et al.*, 2020; VOLPATO *et al.*, 2021), visto que as mulheres têm a atitude de buscar o conhecimento necessário para sustentar a própria decisão, por meio de diversas formas de conhecimento, como eventos científicos, artigos, livros, internet, filmes e com profissionais de saúde.

Corroborando a afirmação, Cursino e Benincasa (2020) apontam que a popularização da internet potencializou a busca de informações por meio de site especializados, artigos, eventos, fato que propiciam o contato com maior quantidade de informações qualificadas, variável imprescindível para escolha informada. Além do apoio de profissionais qualificados que são cruciais para direcionar e refinar as informações. Há construção contínua dos meios de informação para subsidiar a escolha das mulheres pelo PDP que, na medida que elas se informaram, buscavam maior segurança em si para estar conscientes sobre a determinação do local de parto.

O acesso às informações tem inegável disseminação por meio do uso da internet. Vasconcelos *et al.* (2020) destacam a capilaridade das mídias sociais e aplicativos como ferramentas comumente utilizadas pelas gestantes para aquisição de saberes, facilitando interações sociais e troca de informações que contribuam e

influenciem os processos de tomada de decisão.

Skrondal, Bache-Gabrielsen e Aune (2020) garantem que a motivação interna se demonstra como elemento-chave na escolha e no planejamento do parto domiciliar planejado. Destacando, ainda, que no PDP, as questões psicológicas e emocionais são também fatores especialmente importantes, assim como a relação com a parteira/enfermeira obstétrica, que ao assistirem as mulheres com cuidados, potencializam experiências exitosas com o atendimento às expectativas do parto, representando satisfação maior pelas mulheres. Mas, que somente foi conseguido por meio da informação de busca como forma de conhecimento.

Demonstra-se também a curiosidade das mulheres pelo conhecimento das opções de parto e possibilidade de escolha diante destas, sendo importante ressaltar o exemplo muito citado sobre o documentário *O Renascimento do Parto*, divulgado amplamente nas redes sociais desde antes do lançamento e que, em outubro de 2013, já havia sido visto por mais de dez vezes o número médio de espectadores de documentários no Brasil (DINIZ, 2014).

O documentário surgiu a partir de sequência de fenômenos de mídia produzidos pelos movimentos sociais que lutam por mudanças na assistência ao parto no Brasil, cuja disseminação rápida, de acordo com Diniz (2014), demonstrou movimento forte de mulheres, profissionais de saúde na construção de transmutação cultural do cenário obstétrico em fluxo que institucionaliza e legitima a força do controle social no desenvolvimento de políticas públicas.

Outro ponto sobre a informação foi em relação ao contato direto com pessoas que atuam na área, que possuem informações atualizadas sobre a temática e frequentam os principais congressos no âmbito nacional e internacional, fóruns de discussão sobre o tema. A partir desses profissionais, tem-se acesso facilitado a fontes de informação segura e qualificada, como no compartilhamento de artigos científicos, livros, documentários, sites, redes sociais, vídeos, podcasts, blogs de referência. Neste sentido, a equipe de enfermagem obstétrica do estudo, contribuiu de forma significativa para agregação e disseminação de conhecimento, dando suporte necessário para garantir a escolha e os direitos.

Outros meios de informação, mas principalmente a internet, disponibilizam grande volume de informações que podem colocar as mulheres rápida e mundialmente em confronto com interesses e necessidades. E com a disseminação

de grupos e redes sociais, com *Instagram* e *Facebook*, contribuiu para mobilização de políticas, informações inovadoras entre os indivíduos, assumindo importante papel na educação em saúde para o parto e nascimento e, portanto, para autonomia do usuário e dos profissionais (PASQUALOTTO; RIFFEL; MORETTO, 2020).

Assim, o acesso à informação qualificada sobre PDP, a partir de profissionais da saúde autônomos ou vinculados às instituições de saúde, constitui relevante estratégia para efetivação da informação durante a gestação e, assim, o reconhecimento e a estimulação desta opção. Conforme Lessa *et al.* (2014a), trata-se de grupo absolutamente seletivo de profissionais de saúde que demonstram estar pautados nas políticas internacionais e evidências científicas para embasar a prática, entendido como motivo de otimismo no atual cenário obstétrico nacional.

Assim, com a informação por meio do apoio, seja por mulheres ou rede, profissionais capacitados e acesso à informação garantem subsídios para as mulheres escolherem o local de parto de forma consciente e segura.

## **5.2 Empoderamento da mulher como fator para escolha pelo parto domiciliar planejado**

O entendimento das mulheres quanto à importância do conhecimento sobre parto, possibilidades e escolhas se apresenta como mecanismo propulsor na iniciativa de busca por informações qualificadas e, conseqüentemente, favorecidas, a partir do despertar e entendimento que classifica a informação enquanto providência pela efetivação do direito.

A partir disso, um movimento de *feedback* na investigação gradativa de mais informações e conhecimentos sobre o cenário de parto e nascimento, principalmente a partir de assistência pautada ao natural, ao parto fisiológico, humanizado e, conseqüentemente, deparando-se em dado momento com o parto domiciliar planejado, que representa para certas mulheres a materialização de todos esses adjetivos.

Clancy e Gjaerum (2019) trazem a referência do parto em casa como experiência estética baseada no lugar que envolve corpo, natureza e cultura, promovendo sentimentos de força, participação e diálogo, revelando outros entendimentos e estruturas de poder, responsabilidade e determinação ao redor do

PDP.

Lessa *et al.* (2018), ao apontar que a organização social em torno do parto natural inclui a ideia de um parto espontâneo e simples, sem complicações ou intervenções e que ocorre conforme a natureza sequencial, pontuam que o significado do parto natural vem carregado de sentidos positivos e características associadas ao parto domiciliar planejado. Esse natural é materializado com propósito para as mulheres, com *empowerment*.

Reberte, Hoga e Gomes (2012) afirmam a concepção de *empowerment* como consideração a partir de mudanças sociais que, por meio do conhecimento, garante a capacidade de promoção do indivíduo, neste caso, a mulher e iniciativa informação sobre o parto. A informação garante a autonomia de escolha e, com ela, a propriedade de usufruir vontades, direito e poder de decisão, seja para o local do nascimento e cuidado sobre o próprio corpo.

Larios *et al.* (2019) apontam necessidade urgente de treinamento em atendimento personalizado e direitos humanos nos ambientes hospitalares, fazendo-se necessária discussão quanto às implicações para as políticas e práticas assistenciais, por meio de ótica centrada na necessidade de desafiar o *status quo*<sup>4</sup>, estando esse movimento diretamente ligado ao empoderamento e à autodeterminação das mulheres e à necessidade de mudança nas atitudes dos prestadores de cuidados, bem como o desenvolvimento de políticas públicas voltadas ao tema.

Os partos hospitalares, ainda, são caracterizados por serem repletos de intervenções, podendo ser observado que 26,34% das parturientes são submetidas à episiotomia, sendo 40,59% com a realização sem o devido consentimento (AGUIR *et al.*, 2020). O toque vaginal repetido e doloroso pode ser observado em até 70,9% das situações, sendo 58,9% não consentida (ADU-BONSAFFOH *et al.*, 2022), enquanto a manobra de Kristeller em até 1,9%, contudo, sendo utilizada rotineiramente, mas sem a devida notificação de registro de práticas no prontuário da parturiente (ALCÂNTARA; SILVA, 2021), além de outros procedimentos que se tornam formas invisíveis de violência, muitas vezes, aceitáveis por fazer parte de lógica intervencionista do processo de nascimento.

---

<sup>4</sup> *Status quo* é uma expressão do latim que significa “o estado das coisas”. Seu uso é recorrente em discursos para defender a permanência de um cenário do jeito que está, ou para provocar a mudança de um padrão mental ou situação social (LARIOS *et al.*, 2019).

Nesse contexto biomédico, tecnocrático, centrado em intervenções que associam o corpo feminino como máquina que precisa de ajustes e interferências externas é que o hospital passa a simbolizar para muitas mulheres um ambiente violento e, portanto, amedrontador (DAVIS-FLOYD, 2001). Conforme Holten, Hollander e Miranda (2018), as mulheres que tiveram vivências negativas anteriores no ambiente hospitalar, associam esta experiência à falta de autonomia durante as intervenções médicas no parto (por exemplo, uma indução do trabalho de parto, parto instrumental ou cesariana), sendo entendidos como ocasiões traumáticas.

A partir do momento em que a mulher tem conhecimento das possíveis intervenções que estão passíveis de acontecer nesse ambiente, muitas práticas passam a ser questionadas, principalmente a partir do acesso a informações qualificadas, pautadas em evidências científicas que apontam e subsidiam as boas práticas no parto e nascimento.

Investindo para isso tempo o esforço nos preparativos do parto, a partir de leituras sobre parto normal e parto em casa, tanto on-line quanto em livros, conversa com profissional de saúde, aulas de educação pré-natal entre outras estratégias (SKRONDAL; BACHE-GABRIELSEN; AUNE, 2020). Assim, as mulheres têm acesso às situações, em que, realmente, determinadas intervenções são indicadas ou não, essas informações garantem autonomia às mulheres e poder de escolha e/ou recusa, especialmente para as intervenções sobre o corpo. Cada vez mais que a pessoa tem informação, transforma-se em conhecimento e isso garante que as escolhas sejam respeitadas, seja no campo do direito, desejo e especialmente da segurança do parto.

A escolha se traduz como enfrentamento ao sistema obstétrico vigente, que está posto e necessita de questionamento. Para que se possam instigar as mudanças necessárias, a garantia de respeito aos direitos das mulheres, não somente enquanto usuárias do sistema de saúde, como também como cidadãos, que possam ter vontades consideradas.

Além disso, Ahl e Lundgren (2018) demonstram que trabalhar com parto domiciliar também é desafiador para os profissionais de saúde por causa das condições de trabalho, mas constitui prazeroso e recompensador por poder trazer benefícios em relação a questões da autonomia feminina. Os autores (2018) afirmam ainda que trabalhar com parto domiciliar é diferente de trabalhar no ambiente hospitalar, tendo no PDP a oportunidade de se concentrar na parturiente sem

interrupções e desenvolver o ofício de partejar, esse movimento se caracteriza como ato de ruptura do modelo obstétrico vigente.

As mulheres que optam pelo PDP o fazem por saberem da segurança desse tipo de parto, mesmo contra o que o sistema, de modo geral, propaga. Essa segurança é demonstrada na coragem em caminhar contra um modelo hegemônico, o fazendo sem receios e medos, justamente por ter acesso à informação qualificada, além de valores engendrados na realidade de escolha. Esse conhecimento privilegiado que, muitas vezes, detém, não agrada a prática dos profissionais que se veem muito habitualmente nos hospitais.

Larios *et al.* (2019) sugerem que os sistemas de saúde, não somente não oferecem ou apoiem as opções alternativas de local de parto, mas também desencorajam ativamente o parto domiciliar como opção. As mulheres optantes pelo PDP, em geral, demonstram forte autoconfiança, valores e sentimentos para optar pelo parto em casa contra as opiniões retrógradas dos profissionais de saúde, da família e da sociedade sobre o parto como um “processo de risco”.

Nesse contexto de luta contra o sistema, a enfermagem obstétrica tem papel fundamental na garantia dos direitos das mulheres, na batalha contra as intervenções desnecessárias, a violência obstétrica e na efetivação da opção pelo parto domiciliar planejado. Por meio da inserção e atuação do PDP, constroem uma teia, uma rede de assistência que envolve a vinculação a uma maternidade, seja essa pública ou privada, assim como garantem e buscam a parceria de profissionais médicos e toda logística, para se for necessária uma possível transferência hospitalar e/ou indicação real de cesárea. Considerando que esse cenário em atuação profissional ocorre majoritariamente de forma autônoma, não inserida diretamente nos serviços de saúde do SUS.

Para além de toda essa estruturação, esses movimentos de profissionais especializados incentivam e permitem que as mulheres acreditem na capacidade inata de dar à luz e, de fato, possam fazê-lo na oportunidade de experienciar um parto fisiológico com menor possibilidade de intervenções possíveis, em segurança e com profissionais capacitados para assistência. Assim, as mulheres que optaram por planejar o parto em casa, em maioria, fazem-no porque desejam um parto personalizado e o controle sobre a tomada de decisões durante o trabalho de parto, que elas sentiam não ser concedido em ambientes hospitalares (SKRONDAL;

BACHE-GABRIELSEN; AUNE, 2020), especialmente buscando a autonomia de decidir sobre o corpo e não passar por intervenções desnecessárias, como episiotomia, toque vaginal repetidos, manobra de kristeller, dentre outros.

Moura *et al.* (2019), em estudo brasileiro, apontam que as equipes de enfermagem obstétrica defendem e possibilitam nas práticas o desanuviamento por meio da informação de qualidade, que empoderem as mulheres, garantindo-lhes maior conforto, segurança, confiança em si mesma e resultados positivos, a partir da informação e do ensino de cuidados que vão desde o período gestacional até o pós-puerpério. Na prática do diálogo, há criação de estímulos, para que possam opinar e escolher o que melhor convém naquele momento, visando promoção do próprio bem-estar, livres de quaisquer amarras institucionais, biomédica e coercitivas, mas com cuidado e assistência de qualidade por profissionais com olhar diferenciado, qualificado, humanizado e individual.

Koettker *et al.* (2018) que descreveram as práticas obstétricas em partos domiciliares planejados, assistidos por profissionais qualificados no Brasil, por meio de estudo descritivo, com dados coletados em banco on-line, mantido por 49 profissionais, de dezembro de 2014 a novembro de 2015, representando 36 equipes de atendimento ao PDP, nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil, sendo a Região Norte excluída, uma vez que em apenas um estado na região foi localizado profissional qualificado que atendia partos no domicílio.

Quanto aos resultados e desfechos, a maioria das mulheres deu à luz em casa (84,4%), em posição não litotômica (99,1%), nenhuma foi submetida à episiotomia e 32,3% mantiveram períneo íntegro e 37,8% tiveram lacerações de primeiro grau. Quanto às intervenções, poucas foram submetidos à amniotomia (5,4%), administração de ocitocina (0,4%). Das mulheres com cesárea anterior, 80,8% tiveram parto domiciliar. A taxa de transferência de parturientes foi de 15,6%, de puérperas de 1,9% e de neonatos de 1,6%, já a taxa de cesárea nas parturientes que iniciaram o trabalho de parto no domicílio foi de 9,0%, índice muito abaixo da realidade brasileira, o que mostra que a chance de ter um parto normal nesse ambiente é maior (KOETTKER *et al.*, 2018).

Portanto, a partir das práticas obstétricas nos partos domiciliares planejados no Brasil, Koettker *et al.* (2018) revelaram que estes são assistidos por profissionais qualificados, de diferentes formações, mas majoritariamente pela enfermagem

obstétrica e que atuam de forma autônoma, principalmente em equipes, desenvolvendo boas práticas na assistência ao parto, e que podem atuar como multiplicadores dessa expertise na assistência e no ensino. Afirmam que as mulheres assistidas em domicílio por profissionais qualificados, conforme preconiza a OMS, estão recebendo assistência congruente com as evidências científicas, estes representam os principais achados dos estudos de base populacional publicados internacionalmente.

Potencializando os achados de Koettker *et al.* (2018), Cursino e Benincasa (2020), por meio de revisão sistemática, objetivando revisar a produção bibliográfica nacional acerca de parto domiciliar entre os anos de 2008 e 2018, revelaram, após levantamento, 18 estudos que tiveram como resultados que a taxa de transferência materna durante o trabalho de parto oscilou entre 7,4% e 20%, as taxas de cesariana variaram de 5,7% a 9%, conforme o recomendado pela OMS, que seria até 10-15% do total de partos.

Nenhuma transferência aconteceu em decorrência dos cuidados prestados ao parto ou do parto em si. As lacerações perineais espontâneas foram de 1º ou 2º grau, não ocorrendo laceração grave (3º ou 4º grau), e a incidência de períneo íntegro oscilou entre 27,3% e 34,8%, a amniotomia (ruptura artificial das membranas) girou em torno de 8% a 9,9% (CURSINO; BENINCASA, 2020).

A experiência profissional das enfermeiras obstétricas é considerada fator que agrega segurança à prática obstétrica e, quando somadas à satisfação profissional, reflete-se em qualidade no atendimento. Além disso, a assistência das enfermeiras obstétricas, por ser baseada nas boas práticas, valoriza a importância da sensibilidade e do acolhimento, promovendo cuidado humanizado e praticando escuta atenta às necessidades individuais de cada mulher, de acordo com Oliveira *et al.* (2020).

Dessa forma, olhar atento para fisiologia do parto, utilização de técnicas não farmacológicas para alívio da dor e cuidado pautado nas evidências científicas para o parto são iniciativas que favorecem o processo qualificado e seguro de assistência ao PDP. Oliveira *et al.* (2020) salientam que postura vigilante no cuidado obstétrico objetiva detectar precocemente possíveis complicações, mas, ao mesmo tempo, conferem à mulher a tranquilidade íntima do ambiente domiciliar, assegurando autonomia, escuta, compartilhamento de decisões e respeito à fisiologia do corpo.

Ademais, os profissionais que atuam no parto domiciliar planejado têm



trajetória profissional focada, no constante aprimoramento teórico associado a uma aproximação com “*experts*” na área, conferindo experiência, segurança e qualidade da assistência obstétrica, em atuação autônoma, neste cenário de cuidado, em que se fazem necessários empenho e investimento financeiro pessoal, em busca de conhecimento e da prática diária para atender às demandas de segurança necessárias ao PDP. Assim, a segurança por parte dos profissionais de saúde, pela informação recebida e aquisição pelos meios de conhecimento, contribui de forma efetiva para o direito sobre o corpo e a escolha pelo parto em casa.

A partir da aquisição de conhecimento e perpetuação de empoderamento de informação, a mulher garante seu direito. Neste sentido, a partir desse processo, há enfrentamento com o convívio familiar e com os profissionais de saúde, para que assim seja efetivado seu direito. Com o conhecimento acerca da segurança do PDP, as mulheres mostram que os riscos são equânimes com o parto em ambiente hospitalar, mas além de terem maiores chance de serem submetidas a intervenções e à cesariana. O conhecimento vai tanto na garantia da escolha e do direito delas, como também para o respeito em relação à vontade e ruptura do modelo obstétrico brasileiro.

A informação qualificada, alinhada ao apoio das mulheres, da rede de profissionais capacitados e acolhedores são cruciais para confiança em si mesma e materialização de expectativas. O conhecimento anula o medo de qualquer intercorrência, pois o parto em casa é seguro e garante vontades e vivências.

Esses pensamentos corroboram os achados deste estudo, que ressalta a equipe de enfermagem obstétrica, cenário da pesquisa, como equipe referenciada na área, conhecida por mulheres e profissionais que fazem parte do movimento de parto humanizado, proferindo segurança à prática do PDP na área metropolitana de Belém do Pará.

A insatisfação das mulheres com o modelo obstétrico vigente desperta a construção de uma nova perspectiva, demonstrada na escolha pelo parto domiciliar, a partir de informação acerca do processo de gestar e parir, dos riscos e benefícios associados aos possíveis locais de parto e dos profissionais capacitados a acompanhar os partos de risco habitual.

Desse modo, emerge-se a importância da valorização das mulheres em reafirmarem protagonismo, alicerçadas na confiança nos profissionais de saúde que

assistiram aos partos (CURSINO; BENINCASA, 2020). Portanto, pode-se afirmar que tais profissionais desempenham papel assistente no processo de parto e nascimento, e, para além disso, emergem como articuladores dessa possibilidade, mas não por isso disputam o protagonismo.

Assim, as mulheres podem sentir a verdadeira autonomia durante o parto, sem ameaças e conflitos, com atendimento mais individualizado, humanizado e respeitoso, pois conforme Rodrigues (2019), o processo de humanização do parto e nascimento, centrado na mulher, permite a ruptura do modelo intervencionista e repercute positivamente para o cuidado na parturição, acolhendo e favorecendo a relação igualitária com os profissionais de saúde.

### **5.3 Obstáculos para garantia de escolha pelo parto domiciliar planejado**

No que diz respeito ao contexto do PDP, desde o acesso à informação qualificada que alicerça a seguridade do PDP e introduz as mulheres ao conhecimento sobre esta opção até e vivência do parto domiciliar planejado, existe caminho permeado de dificuldades enfrentadas pelas mulheres para garantia da escolha e efetivação deste direito.

A não totalidade das mulheres que, de fato, consegue vivenciar essa experiência e essa impossibilidade estão associadas a uma série de questões. A iniciar pela inviabilidade de acesso a esta opção na rede materno-infantil, visto que não existe até o momento políticas públicas direcionadas a este modelo de assistência obstétrica no SUS e isso inclui a saúde suplementar e, portanto, a rede privada de saúde. O que de fato existe é um pequeno número de partos domiciliares planejados atendidos pelo sistema público de saúde, representado pelo Hospital Sofia Feldman e equipes de enfermagem obstétrica autônomas em todo país (KOETTKER *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Assim, a primeira dificuldade é a carência de profissionais qualificados que atuem na assistência ao PDP, a exemplo do cenário do estudo que representa a única equipe de EO atuante na região metropolitana de Belém, com comprovada experiência e qualificação profissional. Esse cenário confere ao PDP status de não legitimação, apesar de existir desenho bem instituído no Brasil, com características comuns no país, como se pode verificar por meio dos estudos nacionais recentes

(KOETTKER *et al.*, 2018; MOURA *et al.*, 2019; CURSINO; BENINCASA, 2020), aos quais esta pesquisa vem corroborar, na demonstração de dados semelhantes aos encontrados nestes estudos. Destaca-se que a Região Norte, e mais especificamente o estado do Pará, diverge das demais regiões do Brasil em muitos outros dados de saúde importantes, a exemplo do indicador de razão de mortalidade materna.

Dentre as maiores causas de mortalidade materna, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS (2018), estão as Síndromes Hipertensivas Específicas da Gravidez (SHEG), consequentemente associadas à falta de diagnóstico precoce, ausência de pré-natal ou dificuldades de acesso ao pré-natal para grávidas de alto risco e desconhecimento de manejo adequado às SHEG. Fatores diretamente relacionados à questão de capacitação profissional, aos vazios assistenciais para gestantes de alto e às características regionais dificultam a logística de transporte destas pacientes às regiões com melhor estruturação de rede de média e alta complexidade no estado.

A mortalidade materna evidencia as desigualdades de gênero, tanto no acesso à educação, à nutrição, como à saúde, e apesar de possui caráter previsível, a redução desta é um desafio para o Brasil, uma vez que essas mortes evitáveis atingem populações com menor acesso a bens sociais (BRASIL, 2007; OPAS, 2018).

Quando se comparam os achados sobre PDP, é possível observar que se trata de públicos diferentes, em que as mulheres que optam pelo PDP apresentam características distintas e bem delimitadas. Dentre as quais, destaca-se alto poder aquisitivo ou acesso a meios e possibilidades de pagamento, ou minimamente importante planejamento financeiro prévio, elevado nível de escolaridade, associado à busca pelo respeito ao natural, ao fisiológico, sem intervenções desnecessárias e/ou não desejadas, permitindo-lhes garantir máxima autonomia e empoderamento de corpos, a partir do acesso à informação qualificada que possibilita poder de escolha.

A deficiência de políticas públicas sobre PDP faz com que apenas mulheres em situação social privilegiada tenham o direito à escolha dessa modalidade de parto assegurado. Não obstante, esse fato não confere a estas mulheres liberdade de expor escolhas sem enfrentarem de questionamentos de pessoas próximas de convívio social, como familiares e amigos.

Para Larios *et al.* (2019), as mulheres que planejam dar à luz em casa, muitas vezes, descrevem a falta de apoio da família, por vezes coletando informações sobre

o parto domiciliar de forma velada e evitando discutir com profissionais de saúde dos serviços públicos, a fim de evitarem julgamentos. Nesta perspectiva, a rede de apoio formada por outras mulheres que tiveram PDP representam fonte de confiança, apesar das atitudes negativas mais amplas da sociedade.

Essas descobertas destacam a necessidade de política nacional para apoiar as escolhas das mulheres quanto ao local de nascimento e enfrentamento da mudança cultural nos prestadores de cuidados (LARIOS *et al.*, 2019).

A ausência de políticas públicas direcionadas ao modelo de PDP por consequência culmina na carência de diretrizes que orientem especificamente a prática profissional em domicílio, apesar do MS, por meio das diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, referenciam como opção, essa modalidade de assistência em ambiente não hospitalar, como o parto domiciliar, bem como o direito da mulher à escolha do ambiente de parto, não constitui realidade da assistência no país (BRASIL, 2017b).

O panorama nacional desprovido de políticas públicas direcionadas ao PDP conjectura a manutenção da cultura hospitalocêntrica, medicamentosa, intervencionista e violenta que, na própria dimensão organizacional, evidencia as iniquidades, favorece e perpetua as relações desiguais de poder e autoridade de determinada categoria profissional e desvelam o perfil do modelo obstétrico brasileiro.

Por conseguinte, a desinformação impera e representa expressivo obstáculo na caminhada em direção ao direito e à vivência do PDP, tanto para as mulheres que optam pela opção do PDP, quanto para os profissionais que atuam na assistência a este modelo de parto, uma vez que o desconhecimento se estende às possibilidades de atuação das diferentes categorias profissionais na assistência obstétrica (médicos, enfermeiros, obstetras, doulas, dentre outros), seja segregando, desinformando, discriminando e/ou sobrepondo papéis.

De acordo com Rodrigues (2019), a violência obstétrica não constitui ato exclusivo de uma categoria profissional, mas, neste estudo, os relatos de desrespeito e julgamento foram proferidos às mulheres por profissionais médicos, por meio do uso de termos pejorativos como “descontrolada”, “louca”, “bicho”, “índia”, demonstrando a desinformação sobre PDP, associando a algo ultrapassado, pejorativo, obsoleto, empírico, denotando a ideia de amadorismo e primitivismo. Fato que a relação de poder impõe o autoritarismo como mecanismo de coesão para não realização do parto

domiciliar.

Além dessa ótica de julgamento do PDP como arcaico, surge também ideia de PDP associado a um suposto modismo, com o uso de expressões como “Maria vai com as outras”, devido ao reconhecimento de algumas mulheres famosas e figuras públicas que optaram pelo PDP. Contudo, observa-se que uma relação mais informada garante a escolha. A informação permite romper com paradigmas do cuidado, especialmente à mulher como detentora do conhecimento e sujeito de direito.

As justificativas utilizadas por esses profissionais, ao se contraporem às escolhas das mulheres, deram se a partir de supostas evidências contrárias ao PDP, e, a partir disso, questionando o poder de decisão das mulheres sobre os próprios corpos e o local de nascimento, associando sempre o parto domiciliar com potencial risco eminente à saúde perinatal (KOETTKER *et al.*, 2018; HINTON *et al.*, 2018; CLANCY; GJAERUM, 2019; CURSINO; BENINCASA, 2020; SKRONDAL; BACHE-GABRIELSEN; AUNE, 2020; FORSTER *et al.*, 2020).

Esses tipos de abordagens são obstáculos existentes para maioria das mulheres que optam pelo PDP, contudo não são impeditivos para elas, pois conforme Diniz (2014), a partir do momento em que as mulheres se apropriam da informações técnicas/científicas qualificadas entendidas antigamente como informações monopolizadas pelos médicos, passam a relativizar a autoridade desse profissional, afirmando a insatisfação, reinterpretando a experiência, denunciando a violência a que se sentem submetidas, passando a reivindicar o direito de escolha, bem como a possibilidade de recusa informada.

Quanto às evidências científicas e atuais sobre PDP, Rossi e Prefumo (2018) realizaram revisão sistemática com metanálise acerca da morbidade materna e neonatal após o parto planejado em casa versus parto hospitalar planejado com mulheres de gravidez de baixo risco, objetivando quantificar os resultados da gravidez após o parto domiciliar planejado versus o parto hospitalar planejado. Nos achados, os autores (2018) trouxeram que o parto espontâneo foi significativamente maior no grupo PDP do que no grupo oposto. Mulheres no grupo PDP eram menos propensas a se submeterem à cesariana, bem como menos probabilidade de receber intervenções médicas do que o grupo hospitalar. O risco de distorcia fetal e hemorragia pós-parto também foram menor no grupo PDP do que no outro grupo e os dois grupos eram semelhantes em relação à morbimortalidade neonatal (ROSSI;

PREFUMO, 2018).

Tuck *et al.* (2018) também compararam taxas de resultados para mulheres de alto e baixo risco que planejaram parto em casa, em comparação com aquelas que planejaram parto no hospital, com 3.940 mulheres que planejaram dar à luz em casa com uma parteira particular e 829.286 mulheres planejaram dar à luz em um hospital. Esse estudo (TUCK *et al.*, 2018) trouxe dados que corroboram os achados de Rossi e Prefumo (2018), associando o parto domiciliar planejado a taxas significativamente mais baixas de todas as intervenções obstétricas e taxas mais altas de parto vaginal espontâneo.

Para mulheres de risco habitual, as taxas de mortalidade perinatal foram semelhantes e morbidades maternas foram significativamente menores para aqueles que planejam um parto domiciliar. O PDP entre mulheres de alto risco foi associado a taxas significativamente mais altas de mortalidade perinatal (9,3 por 1000 versus 3,5 por 1000;  $p = 0,009$ ), como também a uma redução geral significativa nas morbidades maternas (16,7% versus 24,6%;  $p \leq 0,001$ ) (TUCK *et al.*, 2018).

Assim, os autores (2018) independentemente do status de risco, o parto domiciliar planejado está associado a taxas significativamente mais baixas de intervenções obstétricas e morbidades maternas e perinatais combinadas, exceto nos casos de alto risco, em que o PDP foi associado a taxas significativamente mais altas de mortalidade perinatal. Essas descobertas são essenciais e úteis para subsidiar mulheres a fazerem escolhas informadas sobre o local de nascimento dos bebês (TUCK *et al.*, 2018).

Em outro estudo, desenvolvido por Maimburg (2019), na Dinamarca, objetivando descrever o parto e o resultado neonatal em mulheres que iniciaram um parto domiciliar e foram atendidas por equipes de obstetrícia afiliados a um hospital universitário, no total, 268 mulheres, 192 realmente deram à luz em casa, o que representa 1,99% de todos os partos no município de Aarhus, na Dinamarca.

As mulheres, independentemente do local de nascimento, dando à luz em casa ou iniciando o parto em casa, com transferência posterior para o hospital, tiveram alta taxa de parto vaginal (92%). Isso indicou que a maioria das mulheres teve parto sem complicações, apesar da transferência para o hospital, e as principais razões para a transferência foram lentidão no trabalho de parto e ruptura de membranas por mais de 18 horas (MAIMBURG, 2019).

Relacionado às diferentes experiências obstétricas ao redor do mundo, como demonstraram estudos nacionais (KOETTKER *et al.*, 2018; MOURA *et al.*, 2019; CURSINO; BENINCASA, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020) e internacionais (ROSSI; PREFUMO, 2018; TUCK *et al.*, 2018; HOLTEN HOLLANDER; MIRANDA, 2018; MAIMBURG, 2019), evidencia-se que a opção do PDP é segura e está associada a desfechos maternos e neonatais positivos.

Outro achado importante é que a vivência do PDP é essencialmente possibilitada pela presença da enfermagem obstétrica nesse campo de prática, como demonstram Ahl e Lundgren (2018), ao explorarem a prática das profissionais na Suécia que trabalham com parto domiciliar, objetivando descrever as experiências das parteiras (enfermeiras obstétricas) suecas que trabalham com parto domiciliar. As parteiras consideraram o parto experiência única, existencial e marcante para a parturiente, com potencial de crescimento pessoal, tendo aspecto central. Além disso, demonstraram que as parteiras sentiram que em maternidades hospitalares existiam muito menos possibilidades de apoiar totalmente a mulher e o parceiro.

Dessa forma, elas não se sentiam totalmente aceitas no sistema de assistência à maternidade, por não se enquadrarem nessas dinâmicas, impossibilitando-as de manter a assistência ao PDP com a disponibilidade que se é necessária, concluindo que trabalhar em maternidades concomitantemente era estressante para as parteiras. Elas também descreveram como o parto domiciliar não era totalmente aceito na maternidade sueca, evitando, inclusive, falar abertamente sobre experiências e atendimento ao parto domiciliar, quando trabalhavam na maternidade (AHL; LUNDGREN, 2018).

Apesar desta dissertação não estar centrada sob as perspectivas da parteira/enfermeira obstétrica, cabe trazer à discussão essa ótica, uma vez que o cuidado da enfermagem obstétrica se desvela como propiciadora da escolha pelo parto domiciliar planejado, isso gera consequências à categoria, como demonstraram Ahl e Lundgren (2018), assim como também apontam os achados de Hunter, Dixon e Dahlen (2019), ao desenvolverem estudo voltado para as experiências das parteiras, objetivando explorar as experiências das parteiras com práticas privadas na Austrália, relatadas à *Australian Health Practitioner Regulation Agency* (AHPRA).

A AHPRA se configura enquanto órgão regulamentador que apoia o *Nursing and Midwifery Board of Australia* (NMBA), na função principal, que é proteger a

segurança do público. Portanto, estas parteiras estudadas foram relatadas a AHPRA por meio de denúncias. A maioria dos relatórios feitos à AHPRA ocorreu quando as parteiras apoiaram mulheres que escolheram cuidados considerados fora das Diretrizes de Consulta e Referência do *Australian College of Midwives* (ACM). Hunter, Dixon e Dahlen (2019) buscaram entender as razões pelas quais as parteiras que atendem partos em casa estão sendo relatadas e como isso as impacta pessoal e profissionalmente, e explorar o que ajudaria a apoiá-las durante o processo de investigação e dar voz às parteiras que podem se sentir silenciadas e marginalizadas.

Por isso, pode-se afirmar que o PDP é considerado ato de resistência, pois retrata a importância da criação de políticas públicas voltadas ao PDP, como forma de respeito às escolhas das mulheres nas diferentes formas de parir e respaldo profissional à enfermagem obstétrica, assim como às demais categorias atuantes nesse cenário. É importante ressaltar que o PDP se apresenta ao redor do mundo sobre variadas legislações e diferentes formas de financiamento ou ausência de ambos, como apontam Garrido, Morán e Tricas (2020).

Nesta discussão, emerge a importância de desenvolvimento de estudos pilotos sobre as possibilidades dessas políticas públicas voltadas ao PDP, como fizeram Forster *et al.* (2020), ao desenvolverem estudo que, dentre os achados, demonstraram alta porcentagem de mulheres que classificaram os cuidados do programa como “Muito bom”, relatando baixos níveis de ansiedade durante o trabalho de parto e nascimento, demonstrando, ainda, que foram capazes de expressar sentimentos, sentiram-se no controle e enfrentaram física e emocionalmente melhor do que o esperado.

Desse modo, o estudo forneceu evidências sobre o êxito dos projetos pilotos de financiamento público para partos domiciliares na Austrália, a partir das opiniões e experiências das mulheres assistidas pelos programas, apoiando e impulsionando a expansão destes (FORSTER *et al.*, 2020).

Contudo, o cenário nacional brasileiro caminha na direção contrária, em um contexto político que demonstra desambição de políticas públicas efetivas de incentivo e possibilidade de acesso ao PDP nos serviços públicos e privados. Como oficializado pela Coordenação-Geral de Ciclos da Vida (CGCIVI) que faz parte do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do MS, por meio da Nota Técnica nº 2/2021, que teve por objetivo



orientar e fornecer o posicionamento técnico do MS do Brasil a respeito de qual ambiente é considerado seguro para escolha do cenário de parto e nascimento às gestantes brasileiras.

Na presente nota, o MS reconhece que a escolha do local de parto deve ser centrada no protagonismo da mulher e cita que deve ser garantida informação de qualidade sobre os riscos e benefícios das diferentes alternativas de local de parto, para que assim as mulheres possam tomar decisões informadas, possibilitando que tenham direitos e escolhas respeitados. No entanto, conclui a nota desaconselhando o parto domiciliar, no contexto brasileiro e fomenta que todas as gestantes recebam orientações sobre os riscos relacionados ao parto em ambiente domiciliar, ressaltando a ideia de maior seguridade atribuída aos partos hospitalares.

Esse posicionamento, no mínimo, contraditório a quem defende que a escolha deve ser centrada na decisão da mulher, restando-lhes, portanto, apenas o parto hospitalar como possibilidade, uma vez que a própria nota não faz referência a importantes ambientes de parto e nascimento, como as casas de parto que são inclusive dispositivos do SUS, gerando conclusão velada da não seguridade de partos assistidos por enfermeiras obstétricas.

A nota técnica afirma que os estudos que demonstram benefícios claros do parto domiciliar também apresentam limitações metodológicas importantes, entretanto, é perceptível, na nota em questão, a manipulação de dados e o enviesamento de resultados a serem utilizados contra o PDP. Além de serem dados pautados em referenciais antigos e desatualizados, como demonstrado por meio da elaboração de carta de repúdio à nota técnica nº 2/2021- CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, elaborada por especialistas que esmiuçaram e contrapuseram ponto a ponto trazidos pela nota (AVAAZ, 2021).

Evidencia-se, portanto, o desinteresse governamental aos comprovados avanços no campo da saúde materno-infantil, corroborando o desmonte das conquistas de mulheres e movimentos sociais na luta pela humanização do parto, assim como na desconsideração das práticas profissionais reconhecidas da enfermagem obstétrica.

Verifica-se pelos mais recentes fatos, na recente publicação da Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022 que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI),

o que representa o desmonte da Rede Cegonha e mais, deixa subentendido a necessidade de instituir profissionais médicos obstetras e pediatras nas unidades de saúde e centros de parto normal.

Corroborando essa linha de pensamento, voltada à centralidade do profissional médico, houve também a publicação da Portaria GM/MS nº 937, de 5 de maio de 2022 que institui o Programa Cuida Mais Brasil para o ano de 2022. Esse programa tem a finalidade de aprimorar a assistência à saúde materno-infantil e da mulher no âmbito da Atenção Primária à Saúde que associa o repasse de incentivo financeiro a oferta de atendimentos, por médicos pediatras ou médicos ginecologistas-obstetras, a crianças e mulheres em período pré-concepcional, gestacional, puerperal e em intervalo intergestacional, em condições clínicas e epidemiológicas prioritárias, no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

Portanto, revela-se a postura do Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, de total exclusão e desconsideração da atuação do profissional da enfermagem na equipe obstétrica. Contudo, como demonstram os estudos sobre o tema e a pesquisa em questão, a EO constitui especialidade facilitadora de acesso aos direitos das mulheres na escolha que consideram autonomia e fisiologia. Mas, assiste-se a utilização de termos que voltam a resumir a mulher a um objeto, fato diretamente relacionado ao desmonte e à precarização.

Logo, são necessárias discussões acerca do tema, fomento de pesquisas na área de saúde sexual e reprodutiva, engajamento social e político da enfermagem na luta profissional que desdobra sem a garantia de direitos à escolha pelo PDP. Assim, como a materialização desta opção de parturição, inclusive materializando uma rede invisível de possibilidades e autonomia feminina. Afinal, a enfermagem é majoritariamente feminina e as histórias, em muitos pontos, entrelaçam-se.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas obstétricas têm sofrido mudanças significativas nas últimas décadas, com maior ênfase na promoção e no resgate das características naturais e fisiológicas do parto e nascimento. Entretanto, especificamente sob a perspectiva do direito das mulheres à escolha do local de parto, ainda há muitas ressalvas e preconceitos.

É importante considerar que o parto extrapola as questões fisiológicas e/ou biológicas, possuindo dimensões psicológica, cultural e social que devem ser respeitadas, de modo que as mulheres, a partir de desejos e conhecimento sobre as opções de parto/local de parto, possam garantir escolha consciente e informada.

Os resultados do estudo demonstram que o PDP é uma realidade de poucas e que representa para as mulheres participantes do estudo desfechos maternos e neonatais positivos, quando comparados a outras formas de assistência, desvelando-se a opção pelo PDP como resposta ao desagrado das mulheres com o modelo obstétrico vigente. Ademais, ocorre constante busca por informações acerca do tema e o desejo de autonomia sobre os corpos no momento do parto e nascimento.

Portanto, desvela-se grande paradoxo: a vontade de controle, mas como instrumento para garantir a liberdade, os acontecimentos que respeitem tempo e desejos para tomada de decisão. Essa busca vem sendo permeada por experiências anteriores negativas de partos hospitalares, irrigados de traumas e insatisfações com os sistemas de saúde e modelos de assistência obstétrica vigente.

Assim, as mulheres buscam o processo de escolha pelo PDP, por entenderem como possibilidade de resgate da humanização do nascimento, frente à insatisfação com as condições oferecidas pelas maternidades mediante os ideais, a partir de visão do parto enquanto etapa fisiológica da vida reprodutiva, estabelecendo, então, a escolha pelo parto domiciliar planejado como garantia de direitos.

Logo, compreende-se a escolha das mulheres sobre o parto domiciliar planejado na região metropolitana do estado do Pará como busca pela valorização e validação da força feminina, possibilidade subsidiada pelo poder de parir e pela atuação das profissionais da equipe de EO, ao apoiarem e fundamentaram estas mulheres de informações qualificadas.

Esses profissionais que prestam assistência ao PDP ao redor do mundo

enfrentam desafios constantes quanto às condições de trabalho oferecidas nas maternidades, no ambiente hospitalar e fora deste, representando a verdadeira resistência dentro dos sistemas, em prol dos cuidados humanizados, do respeito, da sobrevivência do olhar sensível, no cenário do parto e nascimento.

Entretanto, cabe pontuar a incipiência da Enfermagem Obstétrica na atuação da assistência ao PDP na região amazônica, mais especificamente na região metropolitana do Pará, com a existência de apenas uma equipe atuante, que de certo modo limita o acesso ao direito de escolha ao PDP.

Estar presente nessa área de atuação requer empoderamento profissional, investimento em qualificação, tanto financeiro quanto temporal e um desbravar no campo do empreendedorismo, tema esse que pode ser considerado relativamente “novo” para a Enfermagem, além disso, são necessárias motivação e coragem pessoal de se pôr à prova. Então a assistência ao PDP pode ser interpretada também como uma disruptura profissional, cultural e social, como ficou demonstrada nesta pesquisa intrinsecamente desvelada nas falas das participantes, apesar da pesquisa não ser direcionada aos profissionais atuantes no PDP são perspectivas que surgem naturalmente quando abordamos a questão do direito e da escolha dessas mulheres.

Outro ponto forte que emergiu intrinsecamente relacionado ao papel da EO nesse contexto é questão da segurança e qualidade, associada não tão somente às questões de práticas assistenciais, de manejo, de qualificação profissional, mas especialmente ligado à segurança emocional, psicológica entoada pela equipe de EO, na qualidade do olhar às necessidades dessas mulheres, na escuta qualificada, no posicionamento acolhedor, apesar de estar em uma relação cliente profissional.

Tornando esse vínculo marcante e de muita relevância para a escolha e opção de parturição, no desenvolvimento da segurança da mulher nela própria, na autonomia do seu corpo, de modo a reconhecer seu poder em sua própria existência. Pois, ainda para a garantia do PDP constitui arcabouço de busca do seu direito, visto que o próprio sistema hegemônico, de dominação do corpo feminino constitui política de controle do seu direito perpetuado pela historicidade da medicina no parto e nascimento.

Quanto à perspectiva financeira, para as mulheres que optam pela opção do PDP, é uma questão relevante e, como apontou a literatura e esta pesquisa, as mulheres que experienciaram o PDP têm características culturais e sociais distintas. Essas mulheres eram majoritariamente com alto nível de escolaridade, casadas ou

em união estável, com alto poder aquisitivo, o que possivelmente é associado ao maior acesso às informações de qualidade que lhe garantem o privilégio de escolha consciente e informada, como também a possibilidade de arcar com os valores de um PDP, que não somente no Brasil, mas na maior parte do mundo, é uma prática privada e ainda muito questionada pelos defensores da medicalização e intervenção do parto, sendo, por vezes, alvo de verdadeiras perseguições desmedidas.

E o fato de ainda não existirem regulamentações específicas direcionadas ao PDP, tanto quanto à atuação da EO nesse cenário, é preocupante, sendo tal prática subsidiada por outras legislações adjacentes à temática, ao exercício profissional da Enfermagem e aos resultados positivos de pesquisas nacionais e internacionais e práticas de outros países.

Considerando o momento político que vivemos no Brasil, quando o próprio MS retoma o incentivo às práticas desnecessárias que há anos são reconhecidas como violência obstétrica, essa não regularização, do PDP na rede de atenção materno infantil do nosso sistema de saúde, infelizmente pode significar perda ou redução de direitos das mulheres.

Portanto, ainda que comprovadamente o PDP venha há décadas provando ser opção segura de parir e nascer, ainda sendo uma opção considerada dentro das possibilidades de parturição, respeitando os critérios de segurança e a escolha de cada mulher, são necessárias estratégias para adoção de medidas e desenvolvimento de políticas públicas que agreguem força na manutenção dos direitos femininos.

É imperativo que esta discussão esteja inserida nos ambientes institucionais, políticos, acadêmicos, que sejamos questionadores inclusive dos cenários postos da nossa própria práxis, a exemplo das residências obstétricas que apesar de representarem grande avanço da Enfermagem, ainda se restringe ao no ambiente hospitalar, demonstrando que existem limitações nesse contexto, mas também grandes possibilidades de avanço que exigem um despertar consciente e alinhado à perspectiva dos direitos das mulheres e conseqüentemente à própria enfermagem.

A partir da análise das informações que as mulheres obtêm como subsídios para escolha pelo parto domiciliar planejado, elencaram-se como mais significativas as trocas individuais ou por meio de grupos, entre mulheres que vivenciaram a experiência do PDP, sendo, muitas vezes, o elo entre mulheres optantes pelo PDP e a equipe de enfermagem obstétrica que atua na região metropolitana de Belém. Essa

troca, também a partir das profissionais de saúde, representa fonte de informação a ser acessada por meio de busca na internet, aplicativos e redes sociais, assim como na indicação de livros, blogs, documentários, artigos, pesquisas e afins, como subsídios sobre o tema.

Demonstra-se a importância do desenvolvimento de pesquisas sobre a temática, alicerçadas sob a perspectiva das mulheres que vivenciaram o PDP, de modo a desvelar a enfermagem obstétrica como facilitadora e mantenedora dos direitos sociais e femininos, no cenário de parto e nascimento, como o caso desta pesquisa.

Diante dos resultados obtidos e do exposto, não há dúvida de que o cenário da assistência obstétrica e, conseqüentemente, da saúde materno-infantil necessita do rompimento de paradigmas, de modo a enfatizar, ainda, como o cuidado da enfermagem obstétrica pode propiciar e ajudar na garantia de escolha pelo parto domiciliar planejado, ainda que para pequena parcela da população, a mais privilegiada.

Por isso, ao discorrer sobre PDP, trata-se questão de saúde pública, de temática necessária para o desenvolvimento de políticas públicas para o preenchimento das lacunas sobre o tema. Apesar das incoerências que ocorrem no Brasil, com a tentativa de desmonte da Rede Cegonha, da humanização do parto, da autonomia da EO, da luta das mulheres pelos direitos de parturição, ressalta-se que nenhum desses embates constituem novidade para quem conhece a história das lutas femininas.

Acima de tudo, esta pesquisa eleva a importância da educação, do acesso à informação desmistificada e desnudada à maior quantidade de mulheres, meninas, mães, para que estas possam ter instrumentos de luta e proteção diante de cenários machistas e patriarcais, que sobrevivem da ignorância e privação de acesso à educação, saúde, cultura, roubando nossa dignidade e nossos direitos humanos de existir.

## REFERÊNCIAS

ADU-BONSAFFOH, K. *et al.* Vaginal examinations and mistreatment of women during facility-based childbirth in health facilities: secondary analysis of labour observations in Ghana, Guinea and Nigeria. **BMJ Global Health**, Londres, v. 3, e006640, 2022.

AGUIAR, B. M. *et al.* Factors associated with the performance of episiotomy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. suppl. 4, e20190899, 2020.

AHL, M.; LUNDGREN, I. Working with home birth – Swedish midwives' experiences. **Sexual & Reproductive Healthcare**, Suécia, v.18, s/n., p. 24-29, 2018

ALCÂNTARA, N. A.; SILVA, T. J. P. Obstetric practices in childbirth care and usual risk birth. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21, n. 3, p. 773-783, 2021.

ALVES, V. H.; ALVES, P. M. S.; PADOIN, S. M. M. A tecnicização e a prática do cuidado ao parto: uma abordagem fenomenológica a partir de Husserl. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 3, p. 1-6, 2016.

ATUKUNDA, E. C. *et al.* When Women Deliver at Home Without a Skilled Birth Attendant: A Qualitative Study on the Role of Health Care Systems in the Increasing Home Births Among Rural Women in Southwestern Uganda. **International Journal of Women's Health**, Arkansas, v. 12, p. 423-434, 2020.

AVAAZ.ORG. **Carta de repúdio à nota técnica nº 2/2021-CGCIVI/DAPES/SAPS/MS do Ministério da Saúde** *In:* Avaaz.Org Community Petitions [s.n.]. 2021. Disponível em: [https://secure.avaaz.org/community\\_petitions/en/consultascris\\_gmail\\_com\\_carta\\_de\\_repudio\\_a\\_notatecnica\\_no\\_2\\_2021\\_cgcivi\\_dapes\\_saps\\_ms\\_do\\_ministerio\\_da\\_saude/](https://secure.avaaz.org/community_petitions/en/consultascris_gmail_com_carta_de_repudio_a_notatecnica_no_2_2021_cgcivi_dapes_saps_ms_do_ministerio_da_saude/) Acesso em: 15 maio 2022.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. 280 p.

BONFIM, J.O. *et al.* Práticas de cuidado de parteiras e mulheres quilombolas à luz da antropologia interpretativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 3, p.1-11, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000**. Dispõe da criação do programa de Humanização do Parto e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 572, de 01 de junho de 2000**. Dispõe da criação do programa de Humanização do Parto e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e Nascimento Domiciliar assistido por Parteiras Tradicionais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011.** Dispõe sobre a criação da Rede Cegonha no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Buscador do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/1149-verificar-cobertura-de-plano>. Acesso em: 22 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 11, de 07 de janeiro de 2015.** Dispõe das diretrizes para implantação e habilitação de centro de parto normal (CPN) no âmbito do SUS para atendimento da mulher e ao recém-nascido no momento do parto e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ApiceOn - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia.** Brasília: Ministério da saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Informações de Saúde, epidemiológicas e morbidade: banco de dados.** 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 5 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico nº 20.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. **Nota técnica nº 2/2021.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 715, de 04 de abril de 2022.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 937, de 05 de maio de 2022**. Institui o Programa Cuida Mais Brasil para o ano de 2022, com a finalidade de aprimorar a assistência à saúde materno-infantil e da mulher no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

CLANCY, A.; GJAERUM, R. G. Home as a place for giving birth—A circumpolar study of the experiences of mothers and midwives, **Health Care for Women International**, Noruega, v.40, n. 2, p.121-137, 2019.

COLAÇO, V. S. **Parir e nascer num novo tempo**: o significado para o casal do parto domiciliar planejado atendido por enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami. 2013. 365f. Tese (Doutorado) - Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 1986.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen nº 516/2016 - Alterada pela Resolução Cofen nº 524/2016**. Normatiza a atuação e a responsabilidade do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de obstetrícia, centros de parto normal e/ou casas de parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de enfermeiro obstetra e obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Parecer Técnico CNSM/Cofen nº 003, de 24 de outubro de 2019**. Parecer técnico para alinhamento da regulação e prática da enfermagem obstétrica no espaço do parto domiciliar planejado. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2019a.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen nº 568/2018 - Alterada pela Resolução Cofen nº 606/2019**. Regulamentam o funcionamento dos Consultórios e Clínicas de Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2019b.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação nº 38, de 23 de agosto de 2019**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2019.

CURSINO, T. P.; BENINCASA, M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1433-44, 2020.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic body: American childbirth as cultural expression. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 38, n. 8, p.1125-1140, 1994.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, Limerick, v. 75, suppl 1, p. S5-S23, 2001.

DINIZ, S. G. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. **Revista Interface**, Botucatu, v.18, n. 48, p. 217-20, 2014.

ESTADO DO PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará. **Plano de Ação para a Rede Cegonha do Estado do Pará**, Belém, p.159, 2012.

ESTADO DO PARÁ. Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Pará. **Resolução nº 90 de 12 de junho de 2013**, repactuação do desenho de Regionalização do Estado do Pará, Belém, 2013.

FIGUEIREDO, A. M.; SOUZA, S. R. G. **Como elaborar - Projetos, monografias, dissertações e teses - da redação científica à apresentação do texto final**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2010.

FORSTER, A. D.; MCKAYA, H.; DAVEY, M.; SMALL, R.; CULLINANE, F.; NEWTON, M.; et al. Women's views and experiences of publicly-funded homebirth programs in Victoria, Australia: A cross-sectional survey. **Women and Birth**, Victoria, v. 32, n. 3 p. 221-230, 2018.

GARRIDO, P.R.; MORÁN, J.A.P.; TRICAS, J.G. Exploring social and health care representations about home birth: An Integrative Literature Review. **Public Health Nursing**, Boston, v. 37 n.3, p. 422-438, 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200 p.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HINTON, L.; DUMELOW, C.; ROWE, R.; HOLLOWELL, J. Birthplace choices: what are the information needs of women when choosing where to give birth in England? A qualitative study using online and face to face focus groups. **BMC Pregnancy Childbirth**, London, v. 18, n. 12, p. 1-15, 2018.

HOLTEN, L.; HOLLANDER, M.; MIRANDA, E. When the Hospital Is No Longer an Option: A Multiple Case Study of Defining Moments for Women Choosing Home Birth in High-Risk Pregnancies in The Netherlands. **Qualitative Health Research**, Amsterdã, v. 2, n.12, p 1883-1896, 2018.

HUNTER, J.; DIXON, K.; DAHLEN, H. G. The experiences of privately practising midwives in Australia who have been reported to the Australian Health Practitioner Regulation Agency: A qualitative study. **Women and Birth**, Victoria, v. 34, n. 1, p.23-31, 2020.

INSTITUTO SOCIEDADE POPULAÇÃO E NATUREZA. **Amazônia: os povos da Floresta**. [S. l.]: 2019. Disponível em: <https://ispn.org.br/biomas/amazonia/povos-e-comunidades-tradicionais-da-amazonia/> Acesso em: 31 ago. 2021.

KOETTKER, J. G.; BRUGGEMANN, O. D.; KNOBEL, R. Resultados maternos dos partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras da equipe Hanami sul do Brasil, 2002-2012. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. e3110015, 2017.

KOETTKER, J. G. *et al.* Práticas obstétricas em partos domiciliares planejados assistidos no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, n. s/n, e03371, 2018.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 320 p.

LARA, M. L. G.; CONTI, V. L. Disseminação da informação e usuários. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 3-4, p. 26-34, 2003.

LARIOS, F. L. *et al.* Challenging the status quo: Women's experiences of opting for a home birth in Andalucia, Spain. **Midwifery**, Espanha, v. 70, s/n, p. 15-21, 2019.

LEISTER, N.; RIESCO, M.; L. G. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n.1, p. 166-174. 2013.

LESSA, H. F.; TYRRELL, M. A. R.; ALVES, V. H.; RODRIGUES, D. P. A opção pelo parto domiciliar planejado: uma opção natural desmedicalizada. **Journal of Research Fundamental Care Online**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 1118-22, 2018.

LESSA, H. F.; TYRRELL, M.A.R.; ALVES, V.H.; RODRIGUES, D.P. Informação para a opção pelo parto domiciliar planejado: um direito de escolha das mulheres. **Texto& Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 665-72, 2014a.

LESSA, H.F.; TYRRELL, M.A.R.; ALVES, V.H.; RODRIGUES, D.P. Relações sociais na opção pelo parto domiciliar planejado: um estudo etnográfico institucional. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 235-45, 2014b.

LINO, H. C.; DINIZ, S. G. You take care of the baby's clothes and i take care of the delivery - communication between professionals and patients and decisions about the type of labor in the private sector in São Paulo, Brazil. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 25, n.1, p. 117-124, 2015.

LIRA, W.S.; CÂNDIDO, G. A.; ARAÚJO, G. M.; Barros, M. A. Processo de decisão do uso da informação. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 12, n.2, p.64-80, 2007.

MAIMBURG, R. D. Homebirth organised in a caseload midwifery model with affiliation to a Danish university hospital - A descriptive study. **Sexual & Reproductive Healthcare**, Amsterdã, v. 16, s/n, p.82-85, 2018.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da Gravidez: parto e puerpério**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MENDES, Y. M. M. B.; RATTNER D. Estrutura e práticas de hospitais integrantes do Projeto Apice ON: estudo de linha de base. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. s/n, p. 1-13, 2020.

MINAYO, M.C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. Rio de Janeiro: Hucitec editora, 2014. 407p.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 110p.

MOURA, R. S. *et al.* Perfil obstétrico e neonatal dos partos naturais domiciliares assistidos por enfermeiros obstetras. **Ciencia y Enfermeria**, Chile, v. 25, n. 13, p. 1-13, 2019.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

NASCIMENTO, L. C. N. *et al.* Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 243-248, 2018.

OLIVEIRA, A. V. *et al.* Percepções de gestantes de puérperas acerca do parto domiciliar planejado. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 41, n. 3, p. 716-33, 2017.

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, e06500015, 2017.

OLIVEIRA, R. S.; PERALTA, N.; SOUSA, M. J. S. As parteiras tradicionais e a medicalização do parto na região rural do Amazonas. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 33, p.79-100, 2019.

OLIVEIRA, T. R. **Ciencia y Enfermeria**. Assistência ao parto domiciliar planejado: trajetória profissional e especificidades do cuidado da enfermeira obstétrica. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, s/n, p.1-14. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Manual de orientação para o curso de prevenção de manejo obstétrico da hemorragia**: Zero Morte Materna por Hemorragia. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Trends in maternal mortality**: 1990 to 2008. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2018.

PASQUALOTTO, V. P.; RIFFEL, M. J.; MORETTO, V. L. Práticas sugeridas em mídias sociais para planos de parto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 5, e20180847, 2020.

PEREIRA, J. **Continuidades, avanços e rupturas**: a construção da identidade profissional de enfermeiras da estratégia saúde da família. 2015. 313f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

PEREIRA, R. M. *et al.* Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3517-3524, 2018.

PETERS, M. *et al.* **JBI Manual For Evidence Synthesis - Chapter 11: Scoping Reviews**. Adelaide: Joanna Briggs Institute, 2020.

PIMENTA, L. F. **Cultura no processo da parturição**: contribuição para a enfermagem. 2012. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Tradução de THORELL, A. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRATES, L.A. *et al.* “Vem passando de geração para geração”: as práticas de cuidados de mulheres quilombolas. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, Santa Maria, v. 9, p. 1-22, 2019.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E.C. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. 277p.

RATTNER, D. Humanizing childbirth care: brief theoretical framework. **Interface - Comunicação, Saúde & Educação**, São Paulo, v.13, n.1, p. 595-602, 2009.

REITSMA, A. *et al.* Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. **EClinical Medicine**, Londres, v. 21, n. 100319, p. 1-10, 2020.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 1-8, 2012.

REIS, T. L. R. *et al.* Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, e64677, 2017.

- RODRIGUES, D. P. **Os valores dos profissionais de saúde e sua influência no cuidado obstétrico:** cotidiano das maternidades. 2019. 222f. Tese (Doutorado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.
- ROSSI, C.; PREFUMO, F. Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: A systematic review with meta-analysis. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, Italia, v. 222, s/n, p. 102-108, 2018.
- SANFELICE, C.F. O.; SHIMO, A. K. K. Parto domiciliar: compreendendo os motivos dessa escolha. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 875-882, 2015.
- SANTOS, M. L. **Humanização da assistência ao parto e nascimento:** um modelo teórico. 2002. 249f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.
- SKRONDAL, T. F.; GABRIELSEN, B. T.; AUNE, I. All that I need exists within me: A qualitative study of nulliparous Norwegian women's experiences with planned home birth. **Midwifery**, Noruega, v. 86, s/n, 2020.
- SEIBERT, S. L.; BARBOSA, J. L. S.; SANTOS, J. M.; VARGENS O. M. C. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 245-251, 2005.
- SENA, L. M.; TESSER, C D. Violência obstétrica no Brasil e o *ciberativismo* de mulheres mães: relato de duas experiências. **Revista Interface**, Botucatu. v.21, n.60, p.209-220, 2017.
- SENTIDOS DO NASCER. **Cesariana:** mitos e fatos. 2015. Disponível em: <http://www.sentidosdonascer.org/blog/2015/05/cesariana-mitos-e-fatos/> Acesso em: 1 mar. 2020.
- SCARF, V. L. *et al.* Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. **Midwifery**, Escócia, v. 62, s/n, p. 240-55, 2018.
- SILVA, F.; NUCCI, M.; NAKANO, A.R.; TEIXEIRA, L. "Parto ideal": medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v.28, n.3, p.171-184, 2019.
- SILVA, A.C.V. **Confiando na experiência:** perspectiva de mulheres que pariram em domicílio acompanhadas por enfermeira obstétrica. 2018. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.
- SOARES, E. S. *et al.* A informação de mulheres para escolha do processo de nascimento. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 11, n. 12, p. 5427-5431, 2017.

SPINK, M. J.; BRIGAGÃO, J. I. M.; NASCIMENTO, V.L. V.; PRIOLI, M. **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando Ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. 340 p.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher: uma aproximação psicanalítica da gravidez e do nascimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TEIXEIRA, C. S.; PINHEIRO, V. E.; NOGUEIRA, I. S. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal intra-hospitalar. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 9, n. 1, p. 71-75, 2018.

TRINDADE, D. F. S.; SPINIELLI, M. A. S.; MOREIRA, B. D. Modelos da comunicação no processo de humanização do parto e nascimento em uma maternidade de Mato Grosso, Brasil. **Revista Brasileira Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 20, n. 2, p. 44-53, 2018.

TUCK, D. *et al.* Planned private homebirth in Victoria 2000–2015: a retrospective cohort study of Victorian perinatal data. **BMC Pregnancy Childbirth**, Victoria, v. 18, n. 357, p.1-8, 2018.

VALINHO, P. B. *et al.* As dificuldades do parto domiciliar planejado no Brasil: Uma revisão sistemática, **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 10, n. 7, p. 1-15, 2021.

VASCONCELOS, P. P. *et al.* Mídias sociais como fonte de conhecimento para o processo de parto normal. **Revista Cogitare enfermagem UFPR**, Paraná, v. 25, e70061, 2020.

VENDRÚSCOLO, C. T.; KRUEL, C. S. A História do Parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia**, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.

VOGT, S. E.; SILVA, K. S.; DIAS, M. A. B. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 304013, 2014.

VOLPATO, F. *et al.* Informações que (des)motivam a tomada de decisão das mulheres pelo Parto Domiciliar Planejado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, n. 4, e20200404, 2021.

WOLFF, L. R.; MOURA, M. A. V. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 279-285, 2004.

ZVEITER, M. **O cuidado de enfermeiras obstétricas com-a-mulher-que-dá-à-luz-na-casa-de-parto: uma hermenêutica em Heidegger**. 2011. 112f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

## APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

### 1. Dados pessoais

**Identificação:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Raça/cor** (autodeclaração): ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Amarela

**Estado Civil:** ( ) Casada ( ) Solteira ( ) Divorciada ( ) União Estável ( ) Viúva ( )  
Outras: \_\_\_\_\_

**Religião:** ( ) Católica ( ) Protestante ( ) Espiritismo ( ) Judaísmo ( ) Budismo  
( ) Hinduísmo ( ) Islamismo ( ) Afrodescendente ( ) Não tem ( ) Outra:  
\_\_\_\_\_

**Escolaridade:** ( ) Não frequentou a escola ( ) Ensino fundamental incompleto ( )  
Ensino fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio  
completo ( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino superior completo ( ) Pós-  
Graduação incompleta ( ) Pós-graduação completa ( ) Mestrado incompleto ( )  
Mestrado completo ( ) Doutorado incompleto ( ) Doutorado completo ( ) Pós-  
Doutorado incompleto ( ) Pós-doutorado completo

**Trabalha fora:** ( ) Sim ( ) Não

**Profissão/Ocupação:** \_\_\_\_\_

**Tipo de Vínculo:** ( ) CLT ( ) Funcionário Público ( ) Liberal/autônomo ( ) Não se  
aplica

#### **Renda Familiar Mensal**

- ( ) Recebe menos de 1 salário mínimo;
- ( ) Recebe 1 salário mínimo;
- ( ) Recebe 2 salários mínimos;
- ( ) Recebe entre 2 à 4 salários mínimos;
- ( ) Recebe entre 4 à 10 salários mínimos;
- ( ) Recebe mais 10 salários mínimos;

**Você participa em que percentagem do orçamento familiar:** \_\_\_\_\_

**Possui casa própria:** ( ) Sim ( ) Não

### 2. Dados/ histórico obstétrico

**Gestação:** \_\_\_\_\_

**Partos:** \_\_\_\_\_



**Cesárea:** \_\_\_\_\_ - **Local:** \_\_\_\_\_

**Normal:** \_\_\_\_\_ - **Local:** \_\_\_\_\_

**Número de filhos vivos:** \_\_\_\_\_

**Número de filhos mortos:** \_\_\_\_\_

**Motivo do falecimento:** \_\_\_\_\_ ( ) Não se aplica

**Teve abortamento:** ( ) sim ( ) Não

**Tipo de aborto:** ( ) Aborto espontâneo ( ) Aborto provocado ( ) Natimortos ( )  
Outros ( ) Não se aplica

**Sua Gestação (PDP) foi planejada:** \_\_\_\_\_

**Sua gestação (PDP) foi desejada:** \_\_\_\_\_

**Local e tipo de parto que você nasceu:** \_\_\_\_\_

**Local e tipo de parto da sua mãe:** \_\_\_\_\_

**Data do seu PDP que você está se referindo:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 3. Dados sobre a escolha pelo parto domiciliar planejado

- Você poderia contar desde o princípio de sua história, de como você escolheu pelo parto domiciliar?
- Me conte um pouco, de como e quando tomou essa decisão, alguém ajudou/ influenciou/ apoiou para o PDP?
- Você teve medo na escolha do PDP? Me conte como foi isso?
- Você teve dificuldades quando optou pelo PDP? Me conte um pouco?
- Que meios de informação e/ou conhecimento você buscou para verificar a escolha do seu PDP? Poderia contar esse processo?
- O que você gostaria mais de falar sobre a escolha do parto domiciliar?
- Você tinha conhecimento sobre a formação dos profissionais que atenderam o seu PDP?
- Como foi sua percepção específica quanto a assistência executada pela equipe, perante a formação acadêmica do profissional que atendeu seu PDP?

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(RESOLUÇÃO Nº 466/12 - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE)

**Título do Projeto:** Parto domiciliar planejado no contexto amazônico: escolha e direitos das mulheres

**Pesquisador Responsável:** Diego Pereira Rodrigues

**Pesquisador Assistente:** Laena Costa dos Reis

**Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável:** Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Pará - Cidade Universitário Professor José Silveira Neto, Campus Profissional 2, Complexo da Saúde - Rua Augusto Corrêa 01, Guamá, Belém, Pará, CEP: 66075-110.

**Telefone para contato do Pesquisador:**

Diego Pereira Rodrigues - (91) 98824-4126 - E-mail: diego.pereira.rodrigues@gmail.com

Laena Costa dos Reis - (91) 98292-4224 - E-mail: laenaccosta@gmail.com

**Nome do voluntário(a):** \_\_\_\_\_

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulado: A escolha do parto domiciliar planejado no contexto amazônico: direitos das mulheres, de responsabilidade dos pesquisadores Dr. Diego Pereira Rodrigues; Laena Costa dos Reis.

A pesquisa tem como objetivos: compreender a escolha das mulheres sobre ao parto domiciliar planejado na região Metropolitana do Estado do Pará; identificar o processo de escolha das mulheres para o parto domiciliar planejado; analisar as informações que as mulheres obtêm para os subsídios para a escolha do parto domiciliar planejado.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista semiestruturada. A entrevista será gravada, com a sua autorização, e transcrita na íntegra.

Os desconfortos ou riscos associados à sua participação na pesquisa são constrangimento, desconforto com a temática abordada durante a coleta de dados. Ressalta-se que o pesquisador é treinado, e capacitado para a aplicação do instrumento de coleta de dados, com o propósito de evitar os riscos aos participantes, e se compromete a resguardar a integridade física, psíquica e emocional dos participantes. Além, da medida de manter a privacidade da sua participação na coleta de dado, com a aplicação da entrevista em uma sala preservada.

Os benefícios dos estudos estão no âmbito dos direitos das mulheres, dos profissionais no contexto da Enfermagem Obstétrica do Estado do Pará, assim como para a comunidade científica e sociedade de forma geral, vislumbrando contribuição na mudança de paradigmas e crescimento conjunto frente ao enfrentamento dos desafios que cercam a escolha pelo parto domiciliar planejado.

Você receberá orientações acerca da temática, e as informações que prestar durante a entrevista, além de relevantes para que o pesquisador possa compreender e analisar o seu conteúdo, serão utilizadas com a garantia de sigilo e anonimato em qualquer fase do estudo, isto porque quando for necessário exemplificar determinada

situação, sua privacidade será preservada por meio de um pseudônimo escolhido aleatoriamente pelo pesquisador.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder a qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Instituição que você trabalha.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem em área da saúde da mulher.

Você receberá esse termo original com a assinatura dos pesquisadores envolvidos, onde constam os respectivos nomes e telefones, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEP leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEP procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição. Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com o Comitê de Ética do Instituto de Ciências da Saúde, por e-mail ou telefone, de segunda à sexta, das 08:00 às 17:00 horas: E-mail: cepccs@ufpa.br; Tel/fax: (91) 3201-7735

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Belém, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

---

Assinatura do Participante

**ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DA INSTITUIÇÃO****TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO**

Pelo presente termo e na qualidade de responsável por essa instituição, declaro que aceito a realização do projeto intitulado: **VIVÊNCIA DE MULHERES NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO CONTEXTO AMAZÔNICO: DIREITO DE ESCOLHA**, pelo(a) aluno(a) **LAENA COSTA DOS REIS** da Universidade Federal do Pará, sob a orientação do(a) Professor(a) Dr(a) **DIEGO PEREIRA RODRIGUES**.

Belém, 21 de outubro de 2020

Luiza Ribeiro  
Assinatura do responsável

Imp. Laena Ribeiro  
Gerente de Extensão  
COPPE - FSCPA  
COPEM-PA nº 0254

## ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP/ICS/UFPA

UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARÁ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** VIVÊNCIA DE MULHERES NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO CONTEXTO AMAZÔNICO: DIREITO DE ESCOLHA

**Pesquisador:** Diego Pereira Rodrigues

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 39952720.3.0000.0018

**Instituição Proponente:** Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.463.291

#### Apresentação do Projeto:

As discussões sobre parto e assistência obstétrica no Brasil, vêm sendo norteadas por tendências sociais, culturais, econômicas, e mais atualmente sanitárias, em diferentes realidades de acesso e/ou escolha do processo parturitivo, e tendo a perspectiva do "direito" das mulheres, para a opção ao parto domiciliar planejado, visto que a "assistência obstétrica no Brasil é predominantemente hospitalizada e medicalizada, tendo em vista que mais de 99% dos nascimentos ocorre em ambiente hospitalar, em sua grande maioria assistidos por profissionais médicos" (CURSINO; BENINCASA, 2020, p. 1434). A pesquisa apresenta um problema recorrente no cuidado à mulher no campo do parto e nascimento, em relação para o respeito da mulher quando a sua escolha do PDP.

#### Objetivo da Pesquisa:

Compreender a vivência das mulheres no parto domiciliar planejado na região metropolitana do Estado do Pará; Desvelar a percepção das mulheres acerca da opção do parto domiciliar planejado; Identificar o processo de busca de conhecimento para a garantia da opção do parto domiciliar planejado; Analisar a vivência das mulheres no seu cuidado no parto domiciliar planejado.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Ressalta-se que a pesquisa não prevê riscos eminentes, contudo quando tratamos de interação social entrevistador/entrevistado estamos sujeitos a constrangimento ou questões desta natureza

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.  
**Bairro:** Guamá **CEP:** 66.075-110  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARÁ



Continuação do Parecer: 4.463.391

que podem surgir durante o processo, dada subjetividade das relações humanas, ainda que não seja desejado. Devendo tais questões ser contornadas à luz da sensibilidade e do diálogo mantido pelo pesquisador, conduzindo à compreensão sobre a importância e a magnitude do compartilhamento de experiências. Desse modo, a pesquisadora é treinada, tomando-se capacitada para a aplicação do Instrumento de coleta de dados, com o propósito de evitar riscos aos participantes, e que nesse processo de aplicação, a pesquisadora irá resguardar a integridade física, psíquica e emocional de cada participante.

**Benefícios:** Os benefícios dos estudos estão no âmbito dos direitos das mulheres, dos profissionais no contexto da Enfermagem Obstétrica do Estado do Pará, assim como para a comunidade científica e sociedade de forma geral, vislumbrando contribuição na mudança de paradigmas e crescimento conjunto frente ao enfrentamento dos desafios que cercam a escolha pelo parto domiciliar planejado

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa tem relevância científica, pertinente com clareza em seus objetivos geral e específicos. Desvelar a percepção das mulheres acerca da opção do parto domiciliar planejado. Identificar o processo de busca de conhecimento para a garantia da opção do parto domiciliar planejado. Analisar a vivência das mulheres no seu cuidado no parto domiciliar planejado.

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

Todos os termos obrigatórios foram apresentados com clareza

**Recomendações:**

Foram cumpridas todas as solicitações do CEP.

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

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMU.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P PROJETO_1657590.pdf	08/11/2020 19:41:09		Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	08/11/2020 19:40:44	Diego Pereira Rodrigues	Aceito
Cronograma	cronoc.docx	01/11/2020	Diego Pereira	Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.  
Bairro: Guamá CEP: 66.075-110  
UF: PA Município: BELEM  
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepce@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARÁ**



Continuação do Parecer: 4.403.291

Cronograma	cronoc.docx	17:30:55	Rodrigues	Acelto
Outros	orient.pdf	01/11/2020 17:27:14	Diego Pereira Rodrigues	Acelto
Outros	termo.pdf	01/11/2020 17:26:29	Diego Pereira Rodrigues	Acelto
Outros	custo.pdf	01/11/2020 17:25:45	Diego Pereira Rodrigues	Acelto
Outros	cartaa.pdf	01/11/2020 17:24:36	Diego Pereira Rodrigues	Acelto
Outros	carta.pdf	01/11/2020 17:22:51	Diego Pereira Rodrigues	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	doc.docx	01/11/2020 17:22:07	Diego Pereira Rodrigues	Acelto
Outros	entr.v.docx	01/11/2020 17:21:52	Diego Pereira Rodrigues	Acelto
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	01/11/2020 17:21:35	Diego Pereira Rodrigues	Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELEM, 14 de Dezembro de 2020

Assinado por:  
Wallace Raimundo Araujo dos Santos  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Correa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.  
Bairro: Guamá CEP: 68.075-110  
UF: PA Município: BELEM  
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepcon@ufpa.br