

Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo

The meanings of planned home birth for women from the municipality of Sao Paulo

Cláudia Medeiros de Castro¹

Resumo

No Brasil, o parto domiciliar tem sido associado à falta de recursos econômicos e a dificuldades de acesso aos serviços de saúde, uma vez que 98% dos partos ocorrem em hospitais. Entretanto, nos grandes centros urbanos, onde há maior oferta de leitos obstétricos, mulheres de estratos sociais médios têm escolhido o parto domiciliar planejado. Para compreender os sentidos dessa escolha, realizamos uma pesquisa qualitativa na qual entrevistamos 20 mulheres que tiveram parto domiciliar planejado: 19 mulheres entrevistadas tinham ensino superior completo; 1 delas tinha ensino superior incompleto; e 10 delas tinham históricos de parto hospitalar. A análise das entrevistas possibilitou caracterizar os sentidos da escolha pelo parto domiciliar em quatro categorias: a casa como uma alternativa ao modelo de atenção obstétrica vigente; hospital, um lugar a ser evitado; "Louca não, informada!": repercussões da escolha à margem do sistema de saúde; parto em casa como facilitador do protagonismo das mulheres.

Palavras-chave: parto domiciliar planejado; atenção ao parto; produção de sentidos.

Abstract

In Brazil, giving birth at home rather than in a hospital has been associated with lack of economical resources and with difficulties in accessing health services once 98% of births occur in hospitals. Although there are more obstetric hospitals in big urban cities, women from middle classes have chosen planned home births. This research discusses the meanings of this choice. A qualitative research was carried out and 20 women who planned and had home births were interviewed: 19 interviewed women had graduated from a university course, 1 of them had not finished her university course; and 10 women had already given birth in hospitals. The analysis of the interviews revealed the meanings of choosing home births which were divided into four categories: home birth as an alternative to the current model of obstetric care; hospital, a place to be avoided; "I am not crazy, I have information about it!": repercussions of home births compared to the health system; home birth plays a role in empowering women.

Keywords: planned home birth; birth care; production of meanings.

Trabalho realizado no Curso de Obstetrícia, Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.

¹Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (PPGSES/SP); Psicóloga pela Faculdade Paulistana de Ciências e Letras (FAPA) – São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Cláudia Medeiros de Castro – Avenida Ermelino Matarazzo, 1000 – Ermelino Matarazzo – CEP: 38280-000 – São Paulo (SP), Brasil – E-mail: claudia.medeiros@usp.br

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

Historicamente, o cuidado com a gestação e o parto foi do domínio das mulheres e realizado com base no conhecimento oral e gestual transmitido de geração em geração. O parto era um evento a ser vivido no espaço doméstico por mulheres e familiares responsáveis por acolher e cuidar da mulher e da criança recém-chegada, que assim era inserida na família e na comunidade. Mudanças sociais contribuíram para que a gestação e o parto passassem para o domínio da obstetrícia médica.

Nas primeiras décadas do século XX, o hospital como local de parto era considerado como um lugar destinado às mães solteiras e às mulheres desprovidas de recursos econômicos e apoio social¹. No Brasil, no mesmo período, a preocupação com o bem-estar das mães e das crianças assumiu um caráter de interesse da sociedade e do Estado; entendia-se que os cuidados com a saúde e a educação promoveriam proles saudáveis que contribuiriam para a riqueza e o progresso do país. Foram criadas leis voltadas para a proteção das mulheres e crianças; publicações destinadas ao público feminino buscavam levar conhecimento produzido por peritos, médicos e higienistas às mães, para que pudessem cuidar de seus filhos com base em preceitos considerados científicos, enquanto médicos alertavam as mulheres para afastarem-se das parteiras e curandeiros e buscarem o cuidado profissional qualificado no parto². Nas décadas seguintes, progressivamente, as mulheres das classes média e alta foram convencidas da importância da realização do parto em um hospital, e, a partir dos anos 1930, esse local passou a ser considerado ideal para o parto. Isso foi acompanhado pela maior oferta de leitos obstétricos pelo país³. O fenômeno de transferência do parto em domicílio para o parto no hospital também pode ser compreendido como um exemplo do alcance do biopoder sobre fenômenos da vida como o nascimento e o parto⁴.

Atualmente, o local mais comum no país para o parto é o hospital, como constatado na mais recente Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS-2006). Essa pesquisa demonstrou a universalização do parto hospitalar, já que dados indicaram que 98% dos partos são hospitalares⁵. Esse cenário pode ser entendido como o sucesso das políticas públicas de saúde que privilegiaram a saúde materno-infantil e garantiram acesso à assistência hospitalar para mulheres de diferentes estratos sociais. Há que se considerar ainda que a universalização do parto hospitalar só foi possível com a capilarização dos hospitais e dos leitos obstétricos pelo território, possibilitada pela massiva alocação de recursos públicos na rede hospitalar, que vem de longa data e é alicerçada no modelo hospitalocêntrico de assistência à saúde.

Esperava-se que a universalização do parto hospitalar fosse acompanhada da melhoria dos indicadores relativos à assistência obstétrica, o que ocorreu, por exemplo, com o aumento da cobertura da assistência pré-natal. Entretanto, continuamos a ter péssimos resultados quanto à mortalidade materna, ainda mantemos altas taxas de cesáreas e oferecemos uma assistência obstétrica violenta. Em um grupo de 75 países, o Brasil está entre os países que menos reduziram a mortalidade materna entre 2000 e 2013, com redução de apenas 1,7%⁶. Dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (Sinasc) indicam que, em 2012, as cesáreas corresponderam a 55,6% dos partos realizados no país, enquanto a OMS recomenda que essa taxa seja de 15%. Esse dado é um exemplo de prática intervencionista na qual a autonomia para a escolha da vida de parto é negada à maioria das mulheres que não têm acesso à informação sobre os riscos associados ao parto cirúrgico⁷. A violência obstétrica tem sido denunciada em estudos recentes, estimando-se que atinja um quarto das mulheres⁸⁻¹⁰. Isso demarca situações do “paradoxo perinatal”, que diz respeito ao modelo de atenção obstétrica marcado por procedimentos excessivos e desnecessários nos quais o uso abusivo e irracional da tecnologia tem como consequência resultados piores¹¹.

Iniciativas de mudança do modelo de assistência obstétrica foram expressas nas ações de “humanização do parto”¹², que resultaram em algumas conquistas, como os Centros de Parto Normal, regulamentados pelo Ministério da Saúde (MS) em 1999; a elaboração do Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Parto (PHPN) em 2000; e a aprovação de leis estaduais e federais que garantem o direito ao acompanhante no parto. Essas ações foram mantidas e atualizadas pela Estratégia Rede Cegonha em 2011¹³. Nos textos do MS, é possível identificar a incorporação das reivindicações e os princípios norteadores do movimento pela humanização do parto; entretanto, boa parte dos documentos oficiais está voltada para a definição de procedimentos clínicos mínimos para a atenção obstétrica e a gestão dos serviços obstétricos que compõem a rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

O parto domiciliar, quando abordado nos documentos e publicações do MS, é tratado como evento associado à falta de recursos econômicos e à dificuldade de acesso aos serviços de saúde. As diretrizes e ações restringem-se à capacitação de parteiras tradicionais, entre elas as parteiras indígenas e quilombolas¹⁴. Dados da PNDS-2006 indicam que, de fato, há maior ocorrência de partos domiciliares na região Norte (7,5%)⁵, onde há moradias isoladas e dificuldades em fixar profissionais de saúde. Já no estado de São Paulo, na região Sudeste, dados do Sinasc indicam que ocorreram apenas 0,2% partos domiciliares em 2010, o que corresponde a apenas 1.204 partos.

No Brasil, o SUS não abrange a assistência ao Parto Domiciliar Planejado (PDP), ao contrário do que acontece em países como Canadá e Reino Unido. Em países como esses, as mulheres podem escolher o local de parto e contar com profissionais de saúde capacitados para prover assistência em suas casas, por exemplo, desde que não haja riscos que justifiquem o parto hospitalar. A segurança do PDP é demonstrada por estudos que indicam que não há comprovação de que dar à luz em casa aumenta os riscos para a mulher^{15,16}.

No país, a literatura sobre o PDP é recente e indica como característica comum à maioria das mulheres que escolheram a casa como local de parto a alta escolaridade. Um estudo com mulheres que realizaram PDP no Rio de Janeiro e em Porto Alegre apontou que 85% dessas mulheres tinham ensino superior¹⁷; em São Paulo, 71% das mulheres atendidas por um serviço privado que oferece assistência ao parto domiciliar com enfermeiras obstetras tinham ensino superior¹⁸; e, em um estudo que descreve os resultados de partos domiciliares em Florianópolis, foi relatado que a maioria das mulheres que realizaram essa escolha apresentaram ensino superior completo¹⁹. Em uma pesquisa com mulheres que buscaram alternativas ao modelo hegemônico de atenção obstétrica, a autora as descreveu como possuidoras de maior “capital cultural”, o que lhes permitiu buscar e ter acesso a informações sobre o parto que subsidiaram suas escolhas²⁰.

Neste artigo, apresentamos um estudo que teve como objetivo identificar os sentidos da escolha pelo parto domiciliar de mulheres de estratos sociais médios do município de São Paulo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP), CAEE 0028.0.468.000-11* e conduzido observando os princípios éticos da pesquisa com seres humanos.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, com a adoção da postura teórica construcionista social, o que implica, entre outros aspectos, considerar que o mundo social e o conhecimento nele produzido é construído nas relações que permitem significá-lo, dar sentido a ele²¹. Conforme Cabruja et al.²², adotar a postura construcionista é assumir que a ação social tem caráter político e nela se entrelaçam os afetos, as relações de poder e a ética.

Na pesquisa, foram utilizadas duas técnicas: questionário e entrevista aberta. O questionário não será analisado neste

artigo, mas será citado por sua importância na identificação das entrevistadas.

Como o PDP é um evento que ocorre no âmbito privado e fora do alcance dos serviços de saúde, a identificação das potenciais entrevistadas foi realizada a partir de questionário aplicado *on-line*, com o uso da ferramenta Google Docs, e destinado a mulheres que tiveram parto domiciliar nos dois anos anteriores à participação na pesquisa. Foi disponibilizado um endereço de correio eletrônico para receber as dúvidas e os comentários das participantes. No final do questionário, era perguntado se a mulher se dispunha a participar de uma entrevista. Aquela que aceitava recebia uma mensagem via correio eletrônico de agradecimento e a informação de que um contato posterior seria feito. As primeiras mulheres contatadas indicaram outras mulheres que realizaram PDP. Docentes e alunas do círculo profissional da pesquisadora também contribuíram com a indicação de potenciais entrevistadas.

Após a identificação das mulheres, as entrevistas foram agendadas em data e local escolhido por elas. Apesar de a maioria não conhecer pessoalmente a pesquisadora, mais da metade escolheu a casa como local da entrevista. As entrevistas foram realizadas em diferentes bairros das zonas central, leste, oeste e sul do município de São Paulo. Nos encontros, após a apresentação da pesquisadora e da pesquisa para os presentes — que em alguns casos incluíam crianças, avó, marido e empregadas —, era solicitada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram realizadas entrevistas abertas, iniciadas com a frase “conte sobre a sua escolha pelo parto em casa, pelo parto domiciliar”. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 20 mulheres que realizaram PDP. Elas apresentaram as seguintes características:

- quanto à escolaridade: 19 mulheres tinham ensino superior completo e uma ensino superior incompleto;
- quanto à nacionalidade: 17 eram brasileiras e 3 eram estrangeiras (uma alemã, uma costa-riquenha e uma italiana);
- quanto à profissão: encontramos duas arquitetas, três biólogas, uma enfermeira obstetra, uma dentista, uma doula, uma fotógrafa, uma obstetrix, uma pedagoga, cinco professoras, uma profissional do sistema financeiro, uma profissional de relações públicas, uma terapeuta e uma tradutora;
- quanto à cor da pele: 18 eram brancas, 2 eram amarelas e 1 era parda;
- quanto à idade: a média de idade entre as entrevistadas foi de 32 anos — a entrevistada mais jovem tinha 25 anos e a mais velha, 42 anos.

*O projeto foi aprovado na vigência da Resolução CNS 196/96.

Todas realizaram acompanhamento pré-natal via planos de saúde privados ou pelo SUS. Houve relatos de participação em grupos de apoio para gestantes e casais e participação em listas de discussão sobre parto. No que diz respeito aos aspectos obstétricos, 10 mulheres tinham história de parto hospitalar anterior, 3 tiveram mais de um parto domiciliar e 8 tiveram o primeiro parto no domicílio. Quanto à assistência recebida, 19 foram assistidas por profissionais de saúde, como enfermeira obstetra, obstetriz, médico obstetra e médico pediatra; e 1 delas escolheu não receber assistência. Doulas estiveram presentes em alguns dos partos. Todas tiveram pelo menos um acompanhante, como o marido/companheiro, os(as) filhos(as), a mãe ou uma amiga.

Após a realização de cada entrevista, foi feita uma “memória da entrevista”, que consistiu no registro das impressões sobre a interação com as pessoas presentes, o ambiente e a condução da entrevista. Depois de transcritas, as entrevistas foram lidas e relidas para a familiarização com o conteúdo e análise, assim foi possível identificar categorias relativas aos sentidos da escolha da casa como local de parto.

Conforme Spink e Medrado, o termo “sentido” aqui empregado diz respeito a uma construção coletiva em que as pessoas em interação

na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos à sua volta (p. 41)²³.

Os relatos foram organizados nas seguintes categorias:

- A casa como uma alternativa ao modelo de atenção obstétrica vigente.
- Hospital, um lugar a ser evitado.
- “Louca não, informada!”: repercussões da escolha à margem do sistema de saúde.
- Parto em casa e o protagonismo das mulheres.

A seguir, apresentamos as categorias e os trechos das entrevistas correspondentes. O nome das mulheres foi alterado para preservar suas identidades.

A casa como alternativa ao modelo de atenção obstétrica vigente

No conjunto das entrevistas, foi possível verificar que vários elementos contribuíram para a tomada de decisão sobre a casa como local de parto, indicando que houve um processo de escolha por esse local. Em comum, havia o desejo de que o parto fosse normal, nomeado por algumas entrevistadas como “natural”, “ativo”, “humanizado” ou “fisiológico”, evidenciando o caráter polissêmico da palavra parto e os diferentes sentidos que o evento tem para cada uma delas^{11,20}.

Aquelas que se preparavam para o primeiro parto, a partir das informações recebidas, se depararam com o modelo de assistência obstétrica intervencionista adotado pela maioria dos hospitais. Mesmo hospitais com modelos de parto que se diziam humanizados demonstraram ser inadequados por não atenderem a suas expectativas.

Algumas mulheres relataram que souberam de hospitais privados em que era possível escolher uma equipe que adotasse o modelo por elas desejado, mas o alto custo financeiro tornou-se um impeditivo.

Para subsidiar a escolha, as entrevistadas relataram ter assistido a vídeos sobre o tema, participado de listas de discussão e de grupos de gestantes, e realizado a leitura de artigos científicos, como ilustra a fala de Paula: “li artigo científico, li uma... a revisão da Cochrane da Holanda”. A busca de informações também foi verificada em outros estudos e diz respeito a mulheres detentoras de certo “capital cultural” que as possibilita tomar determinadas decisões²⁰. Assim, elas buscaram alternativas para que pudessem proteger-se e proteger o bebê das práticas obstétricas usuais, como indica as falas de Geise e Cibele.

E ia perguntando coisas pra enfermeira que dava o curso [de gestantes, em um hospital público universitário] e ela começava a falar ‘ah primíparas sempre vai ter episiotomia’ e eu perguntava ‘mas sempre, sempre, sempre?’ [...] E na verdade, o que eu mais tinha medo na minha vida era a episiotomia [...] Eu ficava assustada e falava ‘eu não quero entrar nesse hospital nem a pau’ [...] E aí pensamos quais são as nossas opções, aí meu marido falou ‘Ah, então poderemos ter um parto domiciliar’. (Geise, um parto domiciliar)

Eu queria dar pra ela [a filha] um ambiente mais acolhedor possível, eu queria que ela não saísse de perto de mim em momento algum... eu... eu preparei, eu me preparei durante toda a gestação pra recebê-la... e recebê-la num ambiente frio, ou no ambiente cercado de intervenções não fazia parte dos meus planos... de forma nenhuma. Então assim ela nasceu, nasceu na água, veio direto pro meu peito e não saiu mais de... perto da gente, de dentro de casa. Assim... foi... Sublime! (Cibele, um parto domiciliar)

As Casas de Parto, unidades extra-hospitalares de atenção ao parto que oferecem assistência profissional de enfermeiras obstetras e obstetrizes e se diferenciam dos hospitais por adotarem modelo obstétrico não medicalizado²⁴, chegaram a ser consideradas uma opção, mas foram excluídas pela distância das residências, pois existem apenas duas delas em São Paulo: a Casa de Parto de Sapopemba, na zona leste, e a Casa Angela,

na zona sul. Também foram determinantes os critérios clínicos adotados para a admissão nas Casas de Parto, que excluíam algumas mulheres que tinham ocorrência de cesárea anterior. Assim, aos poucos, a própria casa foi sendo escolhida como o local mais adequado para o parto.

A gente foi assistindo muitos vídeos de partos domiciliares e foi achando muito, muito bonito assim, muito tranquilo assim, essa coisa de não ter que sair de casa, depois que o bebê nasce, já estar ali, isso foi uma coisa que pra mim foi muito importante, assim de pensar que eu já estava na minha casa... Outra questão da Casa de Parto é que lá o pai não tinha alojamento. (Angela, dois PDP)

Hospital, um lugar a ser evitado

O parto em hospital foi um tema presente nas entrevistas. Mesmo mulheres que não haviam parido anteriormente contaram que o evitaram para proteger-se e proteger o bebê dos procedimentos hospitalares. Uma das entrevistadas relacionou o medo de parir no hospital com o medo de reviver uma violência sexual sofrida antes da gravidez. Já aquelas que tiveram experiência de parto hospitalar anterior parecem ter tido suas biografias profundamente marcadas por tal experiência. O parir no hospital foi construído com um sentido traumático, que resultou na perda da autonomia e foi ameaçador para a mulher e para o bebê. Os relatos dos procedimentos a que foram submetidas são de medo, dor e sofrimento, sentimentos que ilustram a violência obstétrica descrita em estudos sobre a atenção obstétrica hospitalar⁸⁻¹⁰.

Marion teve o primeiro parto em um dos hospitais mais caros de São Paulo e disse que o parto poderia ser “até numa praça”, em qualquer lugar que não fosse o hospital. Assim como Foucault²⁵, para quem o hospital e a prisão são instituições que se assemelham por serem fortemente hierarquizadas e usarem tecnologias de vigilância para potencializar o controle dos corpos, mais de uma entrevistada enfatizou as semelhanças entre as práticas hospitalares e as práticas adotadas nas prisões, que resultam na perda da autonomia e da privacidade e na sensação de privação de liberdade:

Então tinham vários processos: fui examinada, aí pediram pra eu tirar as roupas, joias, tudo. Eu me senti muito mal de tirar tudo. Engraçado, né? Me senti é, sem privacidade. Não podia nem deixar meus brincos, sabe. Nem isso eu podia né. Então eu tirei tudo, pus num saquinho. Ah! ‘você está sendo presa’. Põe assim no saquinho, entrega pro cara, entra na cela. (Pietra, um parto hospitalar, dois PDP)

Naquele dia que eu quis esquecer, apagar da minha vida [...] Chegar e... e... tirar toda a sua roupa e por o uniforme

do hospital e ter que tirar todas as suas coisas e por dentro de um saco, inclusive os seus anéis ... e as fitinhas que eu usava no pulso, e por tudo dentro de um saco igual fazem na prisão, e ai vai pra uma salinha e faz a tricotomia e vai pra outra salinha, faz a triagem com outra pessoa [...] Eu achava que... que... que se tivesse uma janela naquela sala de pré-parto, eu teria pulado. Eu tinha medo de pular pela janela. (Leandra, um parto hospitalar, um PDP)

“Louca não, informada!”: repercussões da escolha à margem do sistema de saúde

A construção social do hospital como o local do parto resultou em uma espécie de “naturalização” do parto hospitalar, de forma que parir fora do hospital passou a ser considerado um evento anormal, um parto “acidental” imediatamente associado à falta assistência em saúde. As mulheres entrevistadas relataram que, ao escolher o parto domiciliar, foram vistas com desconfiança, como transgressoras ou como alguém que deliberadamente colocou a própria vida e a vida do bebê em risco, portanto, como alguém fora da normalidade. Para muitas delas, a escolha assumiu contornos de uma escolha clandestina, pois, nas tentativas de compartilhamento com familiares ou amigos, muitas foram adjetivadas como “louca”, “maluca”, “alternativa”, “irresponsável”. Manter a escolha como um segredo foi a alternativa encontrada para que elas pudessem se preservar e garantir a escolha pelo parto em casa.

Eu passei de casa em casa pra contar que não ia mais ter o parto em casa, que eu iria pro hospital, e uma das pessoas ajoelhou no chão, levantou as mãos pro céu, começou a agradecer a Deus por ter colocado juízo na minha cabeça! (Cristal, dois PDP)

Agora, muita gente mais nova acha que eu sou louca. Eles julgam ‘Ah, pra mim você é louca’. Várias pessoas já me falaram isso, eu falo ‘Louca não, informada!’ (Pietra, um parto hospitalar, dois PDP)

Então a gente manteve esse segredo... pra minha família e pra família dele, pra amigos próximos que não compartilhavam desse... desse assunto e desse entendimento. (Júlia, um parto hospitalar, um PDP)

Como no Brasil tanto o SUS como os planos da saúde suplementar não oferecem cobertura para o PDP, as mulheres e seus companheiros tiveram que arcar com os custos financeiros e emocionais da escolha, o que, para algumas, foi motivo de conflito entre a defesa do SUS e a opção por um atendimento privado.

Só que tinha uma questão ideológica mesmo. Então porque a gente vai optar por fazer com um profissional particular se tem um... um serviço do SUS que faz o mesmo trabalho? (Angela, dois PDP)

Então, eu penso a minha condição me permite que pague uma parteira pra vir aqui em casa. A da minha irmã também. Mas, a minha vizinha que mora ali na favela debaixo não. E às vezes ela quer. (Pietra, um parto hospitalar, dois PDP)

Nos países onde o PDP é garantido pelo sistema público de saúde, a mulher pode fazer escolhas mais seguras, pois elas contam com a assistência dos profissionais de saúde que vão até suas casas e com a retaguarda dos serviços de saúde que são acionados caso surja alguma necessidade e de acordo com a complexidade da situação^{15,16}.

Parto em casa como facilitador do protagonismo das mulheres

A intimidade da casa, a presença dos companheiros ou das mães e dos filhos das entrevistadas, o fato de poder contar com o acompanhamento de uma parteira profissional (obstetrix, enfermeira ou médica) de escolha e, em alguns casos, com uma doula foram elementos valorizados nas entrevistas e citados na descrição dos partos. Parir em casa teve o sentido de promover o protagonismo da mulher no parto.

Parece que em casa você é o centro, você é a protagonista do teu parto, você vira o centro das atenções, e parece que a luz tá acesa né, tá todo mundo... em volta de você assim, prestando atenção em você e... acho que dá uma força muito grande, pra enfrentar aquela dor né, de bom humor né, de bom humor, que acho que isso ajudou muito... e receber o neném em casa é tão gostoso... Na hora que nasceu, eu falei: Que delícia! (Leandra, um parto hospitalar, um PDP)

O parto domiciliar foi avaliado como uma experiência positiva por todas as mulheres, e a possibilidade de serem protagonistas do parto teve para algumas um sentido reparador que contribuiu para afirmar a capacidade e a potencialidade do próprio corpo, em especial para as que foram submetidas a uma cesárea anterior.

Eu acho que ficou mais fácil... Pra mim como mulher, é... De acreditar no meu corpo, de ver o meu corpo passando por um fenômeno tão forte.

[...]

Então foi meio que uma libertação também, de eu ser capaz, eu sou perfeita, eu sou mulher, eu nasci e meu corpo sabe se ajustar, sabe dar à luz, meu corpo consegue... (Paula, um parto hospitalar, um PDP)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizamos uma aproximação do tema para conhecer os sentidos da escolha das mulheres pelo parto domiciliar, e os resultados indicam que a recusa em submeterem-se ao modelo hegemônico de assistência obstétrica vigente na maioria dos hospitais do país permitiu que elas desconstruíssem a ideia do hospital como o lugar do parto. Essa recusa tem assumido um caráter de enfrentamento que exige força das mulheres e de seus companheiros, que mobilizam recursos próprios — emocionais e financeiros — para defender o direito de escolher o local de parto que lhes parece mais adequado aos seus desejos e a suas necessidades.

A ausência do Ministério da Saúde no debate sobre o direito de escolha do local de parto, observada durante a realização da pesquisa, contribui para que o evento ocorra quase clandestinamente, levando ao isolamento das mulheres em um período em que é importante contar com uma rede de proteção ampla, que inclui companheiro, família, amigos, profissionais e a retaguarda da rede pública de saúde.

Consideramos que o silêncio do Ministério da Saúde sobre essa questão resulta na falta de diretrizes para os profissionais de saúde e na falta de informação e orientações para a maioria das mulheres, o que contribui para que a escolha do local de parto possa ser feita apenas por aquelas com maior poder econômico. Reconhecer e respeitar o direito de escolha do local de parto é promover escolhas seguras e assistidas por profissionais de saúde que compartilham um modelo de assistência obstétrica no qual a mulher é a protagonista da cena do parto. Parece-nos necessário que o Ministério da Saúde componha o cenário de discussão sobre o parto domiciliar planejado e que o direito de escolha do local de parto seja respeitado e garantido como parte dos direitos reprodutivos das mulheres e incluído nas ações do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Spink MJ. A origem histórica da Obstetrícia Moderna. In: Psicologia Social e Saúde. Práticas, Saberes e Sentidos. Petrópolis: Editora Vozes; 2003.
2. Besse S. Modernizando a desigualdade: reestruturação da ideologia de gênero no Brasil, 1914-1940. São Paulo: EDUSP; 1999.
3. Mott ML. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital: 1830 – 1960. Rev Proj História. 2002;25:197-219.
4. Foucault M. História da sexualidade: A vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal; 2001.

5. Brasil. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
6. Countdown to 2015. Maternal, newborn and child survival. Fulfilling the Health Agenda for Women and Children The 2014 Report [Internet] 2014; [cited 2014 sept 23]. Available from: [http://www.countdown2015mnhc.org/documents/2014Report/Part_1_\(i-iv,1-13\).pdf](http://www.countdown2015mnhc.org/documents/2014Report/Part_1_(i-iv,1-13).pdf)
7. Weidle WG, Medeiros CRG, Grave MTQ, Dal Bosco SM. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?. *Cad Saúde Colet*. 2014; 22(1):46-53.
8. Wolf LR, Waldon VR. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde soc*. 2008;17(3):138-51.
9. Fundação Perseu Abramo. Pesquisa mulheres e gênero nos espaços públicos e privados [Internet]. 2010 [cited 2014 Sep 23]. Available from: <http://www.fpabramo.org.br>
10. Aguiar JM. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.
11. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(3):627-37.
12. Diniz CSG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2009;19(2):313-26.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Consolidada da Rede Cegonha. Brasília: Diário Oficial da União; 2011.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Ministério Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.
15. Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *Can Med Assoc J*. 2009;18:377-83.
16. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;9:CD000352.
17. Medeiros RMK, Santos IMM, Silva LL. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008;12(4):765-72.
18. Colacioppo PM, Koiffman MD, Riesco MLG, Schneck CA, Osava RH. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e perinatais [Internet]. *Rev Enf Ref*. 2010;3(2):81-90 [cited 2011 Mar 23]. Available from: <http://www.index-f.com/referencia/2010/32-081.php>
19. Koeter JG, Brüggemann OM, Dufloth RM, Knobel R, Monticelli M. Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(4):747-50.
20. Carneiro RG. Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado [tese]. Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas; 2011.
21. Spink MJ. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. São Paulo: Cortez; 1999.
22. Cabruja T, Iñiguez L, Vasquez F. Cómo construimos el mundo: relativismo, espacios de relación y narratividad. *Anàlisi*. 2000;25:61-94.
23. Spink MJ, Medrado B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink M (org). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. São Paulo: Cortez; 1999. p. 41-61.
24. Hoga LAK. Casa de Parto: simbologia e princípios assistenciais. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(5):537-40.
25. Foucault M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1989.

Recebido em: 24/11/2014
Aprovado em: 11/02/2015