

PARTO DOMICILIAR: COMPREENDENDO OS MOTIVOS DESSA ESCOLHA

Clara Fróes de Oliveira Sanfelice¹, Antonieta Keiko Kakuda Shimo²

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Enfermeira do Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher. Campinas, São Paulo, Brasil. E-mail: clara_sanfelice@yahoo.com.br

² Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem da UNICAMP. Campinas, São Paulo, Brasil. E-mail: akkshimo@fcm.unicamp.br

RESUMO: Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, que objetivou compreender os motivos que sustentam a escolha pelo parto domiciliar. As informações foram captadas por meio de entrevistas semiestruturadas, aplicadas entre fevereiro e março de 2014, gravadas e transcritas. A amostra, obtida por meio de saturação de dados, foi composta por 14 mulheres que tinham pelo menos uma experiência de parto em casa, planejado e assistido, no último ano, na cidade de Campinas, São Paulo, e região. As falas foram analisadas segundo o Método de Análise de Conteúdo. Os resultados originaram duas categorias: informar-se para fazer uma escolha consciente e ser contra o modelo de atendimento hospitalar. Os motivos elencados evidenciam que a aquisição do conhecimento é condição básica para respaldar a decisão de parir em casa, além de revelar uma grande insatisfação dessas mulheres com o atual modelo institucionalizado de atenção ao parto.

DESCRIPTORES: Tocologia. Parto humanizado. Enfermagem obstétrica. Parto domiciliar.

HOME BIRTH: UNDERSTANDING THE REASONS FOR THIS CHOICE

ABSTRACT: This qualitative, exploratory and descriptive study aimed to understand the reasons that underlie the choice of homebirth. The information was captured through semi-structured interviews, applied between February and March 2014, recorded and transcribed. The sample obtained by saturation of data was composed of 14 women who had at least one experience of home birth, planned and attended in the previous year in the city of Campinas, state of São Paulo, Brazil, and region. The discussions were analyzed according to the method of Bardin's content analysis. The results gave rise to two categories: to gain information so as to be able to make an informed choice, and to be against the model of hospital care. The reasons listed show that the acquisition of knowledge is a basic condition to support the decision to give birth at home, in addition to revealing these women's great dissatisfaction with the current institutionalized model of care during childbirth.

DESCRIPTORS: Midwifery. Humanizing delivery. Obstetric nursing. Home childbirth.

PARTO DOMICILIAR: COMPRENDIENDO LAS RAZONES DE ESTA ELECCIÓN

RESUMEN: Investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva que tuvo como objetivo comprender las razones que subyacen la elección del parto domiciliar. La información fue capturada a través de entrevistas semi-estructuradas, aplicadas entre febrero y marzo de 2014, grabadas y transcritas. La muestra obtenida por saturación de datos se compone de 14 mujeres que habían tenido al menos una experiencia de parto en casa, planificado y asistido en el último año en la ciudad de Campinas, São Paulo, Brazil. Las conversaciones fueron analizadas según el método de análisis de contenido de Bardin. Los resultados llevaron a dos categorías emergentes: informar para hacer una elección consciente y estar contra el modelo de atención hospitalaria. Las razones mencionadas muestran que la adquisición de conocimientos es una condición básica para apoyar la decisión de dar a luz en casa, además de revelar una gran insatisfacción con el modelo actual de atención institucionalizada al nacer, por estas mujeres.

DESCRIPTORES: Tocología. Parto humanizado. Enfermería obstétrica. Parto domiciliario.

INTRODUÇÃO

O Brasil ostenta indicadores bastante preocupantes em relação à atenção perinatal. O modelo obstétrico tecnocrático hegemônico reverbera em um índice injustificável de parto cirúrgico (cesárea) e em taxas de mortalidade materna e neonatal ainda bastante altas, com indicadores perinatais piores que os encontrados em outros países com índices de desenvolvimento socioeconômico iguais ou inferiores aos do Brasil.¹⁻²

Além disso, 25% das mulheres que tiveram parto normal relatam ter sofrido algum tipo de maltrato ou violência obstétrica, segundo estudo desenvolvido no início de 2012.³

Diante desse contexto, observa-se um crescente, porém tímido, movimento em que algumas mulheres têm optado por vivenciar a experiência do parto em ambiente domiciliar.

Apesar de ser uma prática reconhecida e já legitimada em diversos países, como o Canadá, a Holanda e a Austrália,⁴⁻⁶ a prática do parto em casa, no Brasil, ainda representa uma modalidade de atenção ao parto bastante prematura. As estatísticas atuais mostram que pouco mais de 98% dos partos ocorrem dentro de uma instituição de saúde.⁷ Dentre a proporção restante, ainda estão incluídos os partos ocorridos no trajeto ou no domicílio, de forma não planejada. Isso demonstra que a proporção de partos domiciliares, planejados e assistidos por profissionais habilitados, em nossa sociedade atual, ainda é muito discreta.

Curiosamente, entretanto, as discussões acerca do parto domiciliar, embora ele represente uma taxa muito pequena quando comparada ao número de partos totais, têm gerado diversos debates e muitos questionamentos na atualidade, seja na área política, acadêmica ou científica. A grande polêmica que envolve o parto domiciliar se dá pelo fato de ele ser considerado, para a medicina contemporânea, um ato de retrocesso frente a tantos avanços e recursos de que a saúde dispõe, colocando em risco a saúde da mulher e do recém-nascido.⁸

Tal fato demonstra que ainda são pouco compreensíveis, por parte da sociedade, os motivos que levam uma mulher a escolher o ambiente doméstico para parir, abdicando da tecnologia, da modernidade e da suposta segurança que se encontram, hoje, em hospitais/maternidades.⁸

Dessa forma, este estudo visa trazer à tona os motivos elencados pelas mulheres que pariram em casa e que sustentaram a sua decisão, na ten-

tativa de compreender um pouco mais sobre esse fenômeno pouco explorado e em franca ascensão em nossa realidade.

MÉTODOS

Pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, cujo objetivo foi desvelar os motivos pelos quais as mulheres optam, atualmente, pelo parto domiciliar. Os dados foram coletados nos meses de fevereiro e março de 2014 por meio de um instrumento que continha dados referentes à caracterização sociodemográfica e obstétrica, juntamente com uma entrevista semiestruturada composta por 11 perguntas abertas. As entrevistas foram audiogravadas e imediatamente transcritas, tiveram duração média de 25 minutos e foram realizadas no domicílio das mulheres.

As participantes foram selecionadas mediante a indicação de nomes concedidos por equipes que trabalham no atendimento ao parto domiciliar na cidade de Campinas-SP e região. Dentre todas as participantes convidadas, não houve nenhuma recusa para a participação da pesquisa. A amostra foi composta por 14 mulheres que tiveram ao menos uma experiência de parto planejado e assistido em casa, no último ano, na referida localização. A determinação do número de participantes deu-se através da amostragem por saturação.

Para a elaboração deste artigo, extraiu-se parte dos dados de um estudo qualitativo maior, que objetivou compreender as representações sociais das mulheres que optaram pelo parto domiciliar, que segue as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na Resolução 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde, cuja aprovação se encontra no parecer de n. 331.743/2013.

O tratamento e a análise dos dados se deram por meio do processo de análise de conteúdo, que é composto por três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.⁹

Em um primeiro momento, todo o material foi organizado de modo que se tornasse operacional. Esse processo de organização realiza-se por meio de quatro etapas: 1) leitura flutuante; 2) escolha dos documentos; 3) elaboração de hipóteses e objetivos; e 4) referenciação dos índices e elaboração dos indicadores. Em seguida, procede-se à exploração do material, etapa importante para possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Nessa etapa, a codificação, a

classificação e a categorização são procedimentos básicos. A última fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Neste momento, ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica.

Após todo o processo de análise, os dados deram origem a duas categorias: informar-se para fazer uma escolha consciente e ser contra o modelo de atendimento hospitalar. Com o intuito de garantir o sigilo e a confidencialidade dos relatos, as participantes foram identificadas por nomes de flores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização sociodemográfica e obstétrica

Em relação às características sociodemográficas, a faixa etária das mulheres variou de 25 a 39 anos, sendo predominante o intervalo entre 25-29 anos de idade (50%). Todas as participantes possuíam ensino superior completo e eram casadas e/ou mantinham união estável. A maioria declarou que exerce atividade remunerada (78,6%), possui renda familiar \geq 10 salários mínimos (50%) e convênio médico (92,9%).

Em relação aos dados obstétricos, a maior parte das mulheres era nulípara (57,1%) e dentre as multíparas, a maioria teve um parto vaginal (83,3%) e hospitalar (83,3%) anterior à experiência do parto domiciliar.

Informar-se para fazer uma escolha consciente

Após análise dos relatos, foi possível compreender que a opção pelo parto domiciliar ocorreu a partir do momento em que as mulheres não somente tomaram conhecimento dessa nova modalidade de atendimento, mas se aprofundaram na busca por informações sobre essa possibilidade.

Primeiro saber a escolha que ela está tomando, ter informação, não dá para você ir para um parto domiciliar, ou mesmo optar por uma cesárea, por exemplo, sem você ter as informações. Então tudo quanto é tipo de informação, dos riscos, dos benefícios, do planejamento, como você pode fazer as coisas. Acho que o principal é a informação. [...] eu tinha um receio, mas depois que eu fui ver quais eram os riscos, o que você poderia fazer nos casos de urgência, [...] tudo isso me fez optar pelo parto domiciliar. [...] depois que eu fui estudar um pouco, fui

ler um pouco mais sobre o parto domiciliar, eu fiquei bem tranquila para fazer essa escolha (Orquídea).

Eu acho que é fundamental a mulher ler. [...] acho que é importante as mulheres acabarem lendo, estudando, ir atrás, entender as fases do trabalho de parto, o que pode servir, o que não pode, [...] se você está preparado, você encara. [...] (Copo de leite).

[...] deve se informar bastante, ver vídeo, conversar com quem já teve essa experiência. (Cerejeira).

Primeiro informação, eu acho que tem que se informar muito (Flor de Lótus).

Segundo os dados recém-divulgados da maior pesquisa sobre parto e nascimento no Brasil,¹ 70% das mulheres brasileiras possuem intenção de um parto normal no início da gestação. Entretanto, observa-se que existe, ao longo da gravidez, uma mudança de decisão em relação ao tipo de parto, culminando com taxas de 53% de cirurgias cesarianas na rede pública e 83% no setor de saúde suplementar, o que não pode ser explicado por ocorrência de problemas e complicações.¹

Essas informações apontam para o fato de que as mulheres são, paulatinamente, induzidas a abdicar de suas escolhas pelo tipo de parto e/ou convencidas a mudar de opinião, mediante a imposição de justificativas irreais, minando, de forma gradativa e pouco explícita, a confiança dessas mulheres para o processo de parir, seja no ambiente institucional ou não.

O profissional de saúde tem obrigação ética e legal de oferecer informações claras e completas sobre o cuidado e dar a oportunidade ao cliente de participar das decisões com base nas informações recebidas.¹⁰ Dessa forma, deve promover a autonomia da mulher no parto, a começar pelas informações cientificamente embasadas e não tendenciosas, a fim de que elas possam tomar decisões compartilhadas e adequadamente fundamentadas.¹¹

Estimular a tomada de decisão informada das mulheres é valorizar sua capacidade de decidir; respeitar o direito ao próprio corpo e à autonomia; vislumbrar novos caminhos e maneiras de agir enquanto profissional; promover o direito à condição de pessoa e resgatar o cuidado centrado nas necessidades da mulher.¹¹

Escolhas e decisões da mulher quanto ao tipo de parto são decorrentes de um processo que envolve múltiplos fatores, tais como escolaridade, condições socioeconômicas, história de vida, histórias de parto que ouviu ou viveu, conhecimento sobre as condições de assistência ao parto e acesso

às informações, geralmente inacessíveis para a grande parte das mulheres.¹¹

No que tange ao parto em domicílio, parece que essa opção está relacionada ao nível de escolaridade mais alto, o que reflete na facilidade de acesso à informação e ao conhecimento biomédico, permitindo análise crítica das práticas obstétricas e a possibilidade de argumentação e sustentação da decisão pelo parto em casa.¹²

Isso significa que essas mulheres entram em contato com as informações oferecidas pelos estudos e evidências científicas atuais, 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.

A literatura internacional tem sido bastante contundente em demonstrar que os resultados obstétricos e perinatais são semelhantes quando comparados os locais de parto, desconstruindo a vigente concepção de que o parto domiciliar oferece maiores riscos às mulheres e aos recém-nascidos em relação ao hospitalar.¹³⁻¹⁷

Os resultados mostram que o parto domiciliar está associado a baixas taxas de intervenções obstétricas, e não há aumento nas taxas de mortalidade perinatal.¹³⁻¹⁵ A literatura nacional reforça os bons resultados ao apontar reduzida taxa de transferência hospitalar, necessidade de cesariana, traumas perineais e uso de fármacos tanto no trabalho de parto como no pós-parto.¹⁸⁻¹⁹

Assim, essas mulheres percebem que o parto domiciliar de baixo risco, planejado e assistido por profissionais capacitados apresenta resultados favoráveis e pode ser considerado tão seguro quanto o parto hospitalar. Essas informações contribuem fortemente para a credibilidade dessa modalidade de assistência e se tornam o sustentáculo para a tomada de decisões, o que parece bastante pertinente.

[...] conhecimento do processo, é tirar suas dúvidas, é não ter medo do desconhecido, então a questão do desconhecido é conhecê-lo! [...] através desse conhecimento a mulher vai se empoderando, é o empoderamento claro, bem alicerçado. [...] é se alicerçar no conhecimento, a mulher precisa saber o que vai passar, essas coisas te dá muita estrutura para parir [...] te dá força para uma tomada de decisão sua, da mulher (Lírio).

Dessa forma, as mulheres utilizam a informação adquirida não somente como subsídio para sustentar a sua opção, como também para vivenciar o evento de forma natural e reconhecer os seus direitos, independente do local do nascimento.

Informação eu acho que é um fator primordial, [...] então se antes você está informada, não fica algo assustador, fica só algo como previsto, como o esperado. [...] então eu acho que realmente informação é o que falta, porque daí na hora, inclusive se você for para um processo hospitalar você pode dizer os seus 'nãos', você tem condição disso. (Margarida)

A busca pela informação se apresentou de diferentes formas para as mulheres desta pesquisa, com importante destaque para a participação nos grupos de preparação para o parto. *[...] encontros que eu fui, encontros de casais para o meu marido, foi muito importante (Cravo).*

[...] grupos de discussão de ideias, de trocas, de dúvidas, de esclarecimento, [...] a gente foi frequentar o grupo de gestante, e no grupo de gestante me fortaleceu muito, aquelas dúvidas, aprender a lidar, é criar dúvidas que você ainda não tinha, é saber como seria o ambiente hospitalar, como é o trabalho de parto, essa troca de experiência vai amadurecendo e te alicerçando para o momento do parto (Lírio).

[...] a grande influência mesmo foi essa doula, ela nos ajudou muito com esse processo de informação... Mas também porque a gente foi buscar, sempre quis buscar (Margarida).

[...] ela me indicou um livro para ler [a médica], e nele já tem alguns relatos de parto domiciliar, aí no começo eu já comecei a frequentar o grupo, [...] o que corou [a decisão] foi a palestra que a gente ouviu da obstetriz, ela explicou quais riscos existiam, quais que não existiam, ela foi muito franca na palestra (Flor de Lótus).

[...] mas o que mais me ajudou muito, além o apoio do meu marido, foi o grupo que foi muito importante, eu acho que todo mundo tem que participar para se orientar melhor (Hortência).

Eu tinha certeza que eu iria fazer uma cesárea agendada com hora marcada, e aí eu comecei, por indicação de uma amiga, a frequentar o grupo, mas eu não sabia do que se tratava. [...] E aí eu comecei a ir, e aí foi um baque total, logo de cara, na primeira reunião eu falei: 'nossa, acho que está tudo errado, acho que eu preciso rever tudo o que eu acho, o que eu acredito! [...] deixou de ser um bicho de sete cabeças para mim, passou a ser algo muito natural [...] por conta de todas essas informações que a gente aprendeu e deixou de ter medo disso, na verdade a gente passou a ter medo da cesárea! (Rosa).

Dessa forma, a escolha pelo parto domiciliar planejado vem crescendo em nossa realidade, sobretudo porque cada vez mais as mulheres têm compartilhado suas experiências de parto

por meio da participação em grupos de apoio e da utilização de ferramentas da internet, como as redes sociais e os *blogs*.²⁰

O processo educativo desenvolvido no grupo de gestantes possibilita a quebra de mitos, prepara para o parto, para a maternidade e a paternidade, dá maior segurança e autonomia ao casal, gerando mudanças de atitudes e comportamentos.²¹

Evidencia-se o potencial impacto que os grupos de preparação para o parto podem oferecer não somente às mulheres, mas à sociedade como um todo. Logo, a sua existência deve ser fortemente encorajada, tanto no setor público como no setor privado, a fim de que possam representar instrumentos de mudança do cenário obstétrico atual.

Aliado a esse fator, percebe-se que a aquisição do conhecimento por parte das mulheres e suas famílias se tornou uma forte ferramenta de apoio à tomada de decisão, demonstrando que este pode ser o caminho mais apropriado para a reivindicação e conquista de um modelo de atendimento ao parto mais seguro e respeitoso na nossa realidade brasileira.

Ser contra o modelo de atendimento hospitalar

Essa categoria mostrou que as mulheres participantes deste estudo não concordam com o modelo de atendimento ao parto proposto no ambiente hospitalar que predomina em nossa sociedade. Os relatos mostram com grande clareza que as participantes questionam procedimentos e rotinas impostas pela instituição, não se identificam com a logística do atendimento oferecido e fazem forte associação do ambiente hospitalar com o conceito de doença, o que parece não combinar com o evento do parto, na ótica dessas mulheres.

[...] é um ambiente hostil, no sentido que você vai para o hospital quando você está doente! (Rosa).

Eu não queria o ambiente hospitalar mesmo, eu já acho que é um ambiente muito de doença, eu acho que não tinha nada haver com parto! (Girassol).

Infelizmente, o modelo de atenção vigente possui muitos profissionais que ainda se apegam a noções e práticas obsoletas e agressivas na assistência ao parto vaginal no setor público e, no setor privado, aderem à concepção misógina de que o parto vaginal é primitivo, inconveniente, insuportavelmente doloroso, repulsivo em seus aspectos mais corporais e danoso à saúde sexual da mulher, devendo, portanto, ser prevenido sempre que possível.¹⁷ Diante dessa espantosa realidade,

quais são as opções para as mulheres que desejam parir de forma livre, respeitosa e consciente?

[...] não tem como você ir para um hospital e ter um parto humanizado. [...] eu ia ser cortada ou pelo menos com várias intervenções que, não, eu não queria de jeito nenhum. (Margarida).

[...] eu não sabia que aqui era tão feio o negócio, era tanta cesárea, tanta intervenção (Hortência).

A crítica ao modelo de atenção obstétrico atual tem sido alvo de muitos debates. As mulheres se aproximam cada vez mais do conhecimento científico que vem sendo amplamente divulgado com o advento da internet²² e, ao se apropriarem da informação, antes monopolizada pelo médico, relativizam a autoridade do profissional, afirmam sua insatisfação com o que é oferecido, reinterpreta sua experiência, denunciam a violência a que se sentem submetidas e reivindicam seu direito de escolha e recusa informada.²³

[...] saí [da piscina], não me senti bem, não quero! Você acha que se fosse no hospital eu ia falar 'não'? (Hortência).

Além disso, essa ampla disseminação da informação, possibilita às mulheres conhecerem a realidade de outros países, onde políticas públicas promovem o parto espontâneo, centrado na mulher, e adentram no mundo dos dados científicos e das questões relacionadas à legislação, o que desencadeia um profundo choque cultural,²² além da profunda insatisfação com o modelo oferecido na grande maioria das instituições nacionais.

[...] chegando no hospital ter que enfrentar toda aquela burocracia porque no Brasil não tá preparado para o parto normal, você chega lá, eles querem que você preencha um monte de papelada antes de subir e não pode deixar... deixar para depois! (Rosa).

O inquérito sobre parto e nascimento¹ mostrou que, dentre as gestantes da amostra que tiveram parto vaginal, foi observada a predominância de um modelo de atenção medicalizado, já que a maioria delas foi submetida a intervenções excessivas, ficou restrita ao leito e sem estímulo para caminhar, sem se alimentar durante o trabalho de parto, usou medicamentos para acelerar as contrações (ocitocina), foi submetida à episiotomia, e deu à luz na posição deitada de costas, muitas vezes com alguém apertando a sua barriga (manobra de Kristeller). Apenas 5% do total dessa amostra vivenciou o parto sem as intervenções acima citadas. Assim, essa pesquisa afirma que a medicalização do parto é uma prática disseminada por todo o país e que o modelo predominante de atenção ao

parto institucionalizado se mantém ignorando as melhores evidências científicas disponíveis,¹ infelizmente.

Após esse processo de conhecimento do modelo de atenção praticado no espaço hospitalar, o mesmo passa a não ser mais visualizado como um ambiente adequado e/ou compatível para a vivência do parto natural, frustrando as expectativas maternas. Nesse momento, percebe-se que todo o conhecimento adquirido torna o ambiente domiciliar uma opção condizente com o almejado por essas mulheres.

[...] você vai para um ambiente hostil, para um ambiente que tem rotina e que você não necessariamente se encaixa naquela rotina e na sua casa você tem a sua rotina! (Begônia).

[...] no hospital é muito mais difícil, é um ambiente mais frio, por mais que você esteja com profissional humanizado, você tem algumas coisas, do hospital em si, algumas regras que você tem que seguir... então isso tudo atrapalha bastante (Orquídea).

[...] você está num ambiente barulhento, estressante, com pessoas te irritando. É claro que vai doer mais. Então, se você está em um parto, sendo respeitada, no seu ambiente, com você no domínio da situação, é muito mais fácil lidar (Lírio).

Em suas falas, essas mulheres apontam diversos fatores que demonstram o desagrado com o espaço hospitalar para o parto: separação da experiência com outros familiares (marido e filhos), falta de intimidade e acolhimento, frieza e impessoalidade das relações, não familiaridade com o ambiente, interferências externas ao processo de parto, separação entre mãe e bebê ao nascer, execução de procedimentos não recomendados durante o atendimento ao recém-nascido (corte imediato do cordão umbilical, atraso para realizar o contato pele a pele e a primeira mamada), além da burocracia excessiva e incoerente com o evento do trabalho de parto (assinatura de papéis, preenchimento de formulários entre outros).

Aliado a esses fatores, outro aspecto bastante relevante, que emergiu nessa categoria, foi o medo de sentir-se coagida dentro do ambiente hospitalar. Isso pode ser explicado pelo fato de que, para muitos profissionais, parece haver algo de especialmente errado nas mulheres que desejam um parto normal, já que o mais óbvio seria que elas desejassem uma cesárea.²²

Mediante essa concepção, muitas equipes demonstram total despreparo técnico e pessoal para acompanhar mulheres que desejam parir de

forma fisiológica, sobrando como solução o manejo do parto normal de forma extremamente medicalizada e invasiva ou a indução ao parto cirúrgico.

A falta de autonomia e o medo de não estar no controle durante a vivência do parto desperta nas mulheres a sensação de que é necessário traçar estratégias para fugir dessa realidade. Aflora a vontade de serem acompanhadas por profissionais que acreditam em seu potencial para parir, são verdadeiramente favoráveis à vivência do parto normal e fisiológico e respeitam a autonomia e o exercício da decisão compartilhada para a tomada de decisões.

[...] a gente vê que no hospital hoje você não consegue ter muito controle sobre o seu corpo, os profissionais não te respeitam muito, não respeitam muito as suas escolhas. (Orquídea).

[...] em casa a gente conseguiu ficar muito tempo só nós dois, as meninas estavam aqui, fazendo o acompanhamento, mas sempre muito delicado, muito amoroso, não ficavam o tempo todo vindo falar, não tinha papel para assinar, não tinha nada acontecendo além do parto, que é o evento principal no fim das contas! (Cerejeira).

[...] eu estava na minha casa, eu estava me sentindo segura, eu não tinha nenhum tipo de interferência externa, de gente que eu não conhecia entrando no quarto para examinar, eram pessoas que eu conhecia, eu me sentia à vontade para me expressar, da maneira como eu queria, [...] (Rosa).

Estima-se que, no país, quase um milhão de mulheres, todos os anos, são submetidas à cesariana sem indicação obstétrica adequada, perdendo a oportunidade de serem protagonistas do nascimento de seus filhos, sendo expostas com eles a maiores riscos de mortalidade e morbidade e aumentado, desnecessariamente, os recursos gastos com a saúde.¹

Essa triste constatação justifica o medo de muitas mulheres de serem coagidas, no ambiente hospitalar, a aceitarem procedimentos não desejáveis, passando por um processo de parto medicalizado e violento, o que gera grandes possibilidades de um desfecho insatisfatório e desfavorável à mãe e/ou ao bebê.

Eu sempre tive medo de eles acabarem induzindo uma cesárea: que eu não ia dar conta, você é muito nova, vai sofrer muito! (Begônia).

[...] eu sempre tive muito medo de ter no hospital, [...] eles já pegam, já levam (o bebê), faz um monte de coisas e acaba nem tendo esse contato com a mãe, [...] o cordão é outra coisa que me assustava bastante, porque eles cortam o cordão antes de terminar de pulsar, [...]

daí eu queria que ele terminasse de pulsar e no hospital não tem esse carinho. (Margarida).

A medicalização do parto, como resultado da medicalização social, tem sido descrita como um processo sociocultural complexo que transforma em necessidades médicas, vivências, sofrimentos e dores antes administradas no próprio ambiente familiar ou comunitário. Dessa forma, a medicalização é uma transformação cultural que influencia a capacidade de enfrentamento autônomo da experiência de parir, visto que implica dependência excessiva, heteronomia e consumo abusivo de cesarianas.²⁴

Esse contexto também justifica a opção apontada por essas mulheres, pelo parto domiciliar. Demonstra que parir em casa, definitivamente, não está relacionado à falta de informação ou modismo, como se pode ouvir em alguns debates atuais sobre o tema. Muito pelo contrário, as estatísticas, os dados científicos e as evidências disponíveis são bastante sólidas e capazes de explicar, as justificativas envolvidas na tomada de decisão pelo parto em casa.

CONCLUSÕES

A prática do parto em casa parece estar diretamente relacionada à aquisição do conhecimento que envolve o modelo de assistência obstétrica brasileiro, incluindo o aspecto técnico, científico e legal de todas as normas, procedimentos e rotinas impostos pelo atendimento institucionalizado.

Quando as mulheres adentram a esse mundo, não mais como sujeitos passivos e receptores de informações, mas sim com uma postura ativa, questionadora, crítica e reflexiva sobre o que lhes é oferecido, muitos conceitos historicamente já consolidados passam a ser vistos por outro ângulo, gerando comportamentos e atitudes diferenciadas por parte dessas mulheres.

Dessa forma, a opção em parir em casa não parece representar uma estratégia relacionada a modismo, desinformação ou rebeldia. As mulheres demonstraram alto nível de conhecimento, coerentes em seus discursos e possuíam muita clareza de que a falta de informação representava o grande bloqueio para essa decisão. Não somente defendem o parto domiciliar, como também revelam, de forma paralela, todos os entraves e as contrariedades envolvidos na assistência institucionalizada.

Assim, pode-se concluir que disseminar o conhecimento e permitir o acesso à informação segura e não tendenciosa a todas as mulheres

deveria se tornar uma premissa básica para os profissionais envolvidos na assistência obstétrica, e ser compreendida, como uma valiosa ferramenta de transformação do nosso atual cenário de nascimento e de parto.

REFERÊNCIAS

1. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Nascer no Brasil - inquérito nacional sobre parto e nascimento. In: Sumário Executivo Temático da Pesquisa [online]. 2014 [acesso 2014 jul 22]. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>
2. Dias MAB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional, profissional e ethos. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(5):1042-3.
3. Fundação Perseu Abramo. Núcleo de Opinião Pública. Gravidez, filhos e violência institucional no parto. In: Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: pesquisa de opinião pública [online]. São Paulo (SP): Fundação Perseu Abramo; 2010 [acesso 2014 jul 28]. Disponível em: <http://csbh.fpabramo.org.br/node/7247>
4. Walsh S, Blijden J. Having a baby in Netherlands [online]. The Hague: Access; 2012. [acesso 2013 Nov 21]. Disponível em: http://www.access-nl.org/media/13946/guide_having_a_baby_in_the_netherlands.pdf
5. Ontario Hospital Association (OHA). College of Midwives of Ontario and Association of Ontario Midwives. Resource manual for sustaining quality midwifery services in Hospitals. Ontário (CA): Ontario Hospital Association; 2010.
6. Government of South Australia. Department of Health. Planned birth at home: policy [online]. Adelaide (AU): Government of South Australia; 2007 [acesso 2013 mar 10]. Disponível em: <http://www.health.sa.gov.au/PPG/Default.aspx?tabid=189>
7. Ministério da Saúde (BR). Rede Interagencial de Informações para a Saúde [Internet]. Indicadores e dados básicos, Brasil, 2011: indicadores de cobertura. Proporção de partos hospitalares [online]. Brasília (DF): MS; 2012 [acesso 2014 ago 01]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f07.def>
8. Sanfelice CFO, Shimo AKK. Home childbirth: progress or retrocession? *Rev Gaúcha Enferm*. 2014 Mar; 35(1):157-60.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (PT): Edições 70; 2002.
10. Sodré TM, Bonadio IC, Jesus MCP, Merighi MAB. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-PR. *Texto Contexto Enferm*. 2010; 19(3):452-60.

11. Sodr e TM, Merighi MAB, Bonadio IC. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. *Cienc Cuid Saude* 2012; 11(supl):115-20.
12. Feyer ISS, Monticelli M, Knobel R. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. *Esc Anna Nery*. 2013; 17(2):298-305.
13. Jonge A, Van der Goes BY, Ravelli AC, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529.688 low-risk planned home and hospital births. *Int J Obstet Gynecol*. 2009; 116(9):1177-84.
14. Jonge A, Mesman JAJM, Manni n J, Zwart JJ, van Dillen J, van Roosmalen J. Several adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: Nationwide cohort study. *BMJ*. 2013 Jun 13; 346:f3263.
15. Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*. 2011 Nov 23; 343:d7400.
16. Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2011; 204(4):7-13.
17. Van Der Kooy J, Poeran J, de Graaf JP, Birnie E, Denktas  S, Steegers EA et al. Planned home compared with planned hospital births in the Netherlands: Intrapartum and early neonatal death in low-risk pregnancies. *Obstet Gynecol*. 2011; 118(5):1037-46.
18. Koettker 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 Publica* 2012; 46(4):747-50.
19. Colacioppo PM, Koiffman MD, Gonzalez Riesco ML, Schneck CA, Osava RH. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. *Rev Enferm Ref*. 2010; 3(2):81-90.
20. Ministério da Saúde (BR). Programa de Humaniza o do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Caderno Humaniza SUS: humaniza o do parto e nascimento. Brasília (DF): MS; 2014.
21. Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO, Regis MI, Brasil C. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transforma o e reflexão da realidade. *Texto Contexto Enferm*. 2010; 19(4):719-27.
22. Diniz CSG. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. *Interface*. 2014; 18(48):217-20.
23. Salgado HO, Niy DY, Diniz CSG. Groggy and with tied hands: the first contact with the newborn according to women that had an unwanted c-section. *J Human Growth Development*. 2013; 23(2):190-7.
24. Leão MRC, Riesco MLG, Schneck CA, Angelo M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(8):2395-400.