

## INFORMAÇÃO PARA A OPÇÃO PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: UM DIREITO DE ESCOLHA DAS MULHERES<sup>1</sup>

*Heloisa Ferreira Lessa<sup>2</sup>, Maria Antonieta Rubio Tyrrell<sup>3</sup>, Valdecyr Herdy Alves<sup>4</sup>, Diego Pereira Rodrigues<sup>5</sup>*

<sup>1</sup> Resultados da tese - A saúde da mulher e a opção pelo parto domiciliar planejado, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em 2012.

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Coordenadora da Equipe Multiprofissional Parto Ecológico de Atendimento ao Parto Domiciliar Planejado. Professora do Curso Ecologia do Parto e Nascimento realizado em parceria com o *Primal Health Research Center*. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: heloisa.lessa@terra.com.br

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Titular da EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: tyrrell2004@hotmail.com

<sup>4</sup> Doutor em Enfermagem. Professor Titular da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) da Universidade Federal Fluminense (UFF). Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: herdyalves@yahoo.com.br

<sup>5</sup> Mestrando em Ciências do Cuidado da Saúde da EEAAC/UFF. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: diego.pereira.rodrigues@gmail.com

**RESUMO:** Este artigo é parte de investigação que utilizou a etnografia institucional segundo Doroty Smith, com o objetivo de descrever o processo de opção das mulheres pelo parto domiciliar planejado. Utilizou-se entrevista com 17 mulheres que pariram no domicílio entre 2008 e 2010 no Rio de Janeiro. Selecionamos uma categoria: informação - um passo para a opção pelo parto domiciliar planejado. Categoria construída a partir de seis subcategorias: conhecia pessoas que tiveram parto domiciliar; conhecia pessoas com experiências negativas; internet como fonte de informação; livros como fonte de informação, informações a partir de profissional de saúde; e troca de informações entre mulheres. A informação atua como rede de conhecimento, relatos e experiências em suas dimensões simbólicas, favorecendo a conscientização e organização social de apoio. Esses saberes e práticas são alicerces de uma compreensão social e discurso próprio da mulher na opção pelo parto domiciliar planejado.

**DESCRIPTORIOS:** Política de saúde. Parto normal. Informação. Enfermagem obstétrica.

---

## INFORMATION FOR THE OPTION OF PLANNED HOME BIRTH: WOMEN'S RIGHT TO CHOOSE

**ABSTRACT:** This article is part of an investigation which used the institutional ethnography of Dorothy Smith, aiming to describe women's process of choice in planned home birth. It used interviews held with 17 women who gave birth at home between 2008 and 2010 in Rio de Janeiro. We selected one category: information - a step for the option for planned home birth. The category was constructed based on six subcategories: knowing persons who had a home birth; knowing persons with negative experiences; the Internet as a source of information; books as a source of information, information from health professionals; and, the exchanging of information between women. The information acts as a network of knowledge, reports and experiences in their symbolic dimensions, favoring the raising of consciousness and the social organization of support. These knowledges and practices are a foundation for a social understanding and the women's discourse in the option for planned home birth.

**DESCRIPTORS:** Health polity. Natural childbirth. Information. Nursing obstetrics.

---

## INFORMACIÓN PARA LA OPCIÓN POR EL PARTO DOMICILIARIO PLANEADO: UN DERECHO DE ELECCIÓN DE LAS MUJERES

**RESUMEN:** Este artículo forma parte de la investigación que ha utilizado la etnografía institucional según Dorothy Smith, cuyo objetivo ha sido describir el proceso de opción de las mujeres por el parto domiciliario. Se ha utilizado una entrevista con 17 mujeres que dieron a luz en sus hogares entre 2008 y 2010, en Rio de Janeiro. Seleccionamos una categoría: información - un paso para la opción por el parto domiciliario planeado. Categoría construída a partir de seis subcategorias: conocía a personas que habían tenido su hijo por parto domiciliario, conocía a personas con experiencias negativas, internet como fuente de información, libros como fuente de información, informaciones a partir de profesional de salud, intercambio de informaciones entre mujeres. La información actúa como red de conocimiento, relatos y experiencias en sus dimensiones simbólicas, favoreciendo la concientización y organización social de apoyo. Esos saberes y prácticas son la base de una comprensión social y discurso propio de la mujer en la opción por el parto domiciliario planeado.

**DESCRIPTORIOS:** Política de salud. Parto normal. Información. Enfermería obstétrica.

## INTRODUÇÃO

A opção das mulheres pelo parto domiciliar planejado em grandes centros urbanos é o foco do presente estudo. É tema de interesse em decorrência da demanda crescente a partir dos movimentos sociais, da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de setores organizados da sociedade, que culminaram em políticas públicas que favoreceram a atuação de enfermeiras obstetras, obstetras e médicos na assistência aos partos domiciliares planejados nos centros urbanos, apesar da posição marginal em que os mesmos se encontram em nossa sociedade.<sup>1</sup>

De acordo com o Ministério da Saúde, 98% dos partos no Brasil ocorrem em ambiente hospitalar. O acesso quantitativamente muito ampliado ao pré-natal e aos serviços de saúde para assistência ao parto, na maioria dos casos, traduz-se por uma assistência cuja base é o modelo medicalizado de atenção, no qual a utilização de intervenções como administração de ocitocina, realização de episiotomia, rotura da bolsa e cesarianas desnecessárias, são ainda frequentes. Esta problemática predomina no contexto hospitalar onde o paradigma é tecnocrático em relação à atenção obstétrica, que se traduz pelo elevado número de cesarianas, fato confirmado nos dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), evidenciando que, em 2010, o percentual de cesáreas no Brasil foi de 52%, chegando a 58% no Estado do Rio de Janeiro, em 2009.<sup>2</sup>

Nessa linha de raciocínio, em 2009, a prevalência de partos no Município do Rio de Janeiro, assistidos em estabelecimentos de saúde, foi de 99,76%,<sup>3</sup> sendo que, atualmente, a única opção para o parto não hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é a Casa de Parto David Capistrano Filho, localizada no bairro de Realengo, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

A ideia corrente na sociedade brasileira, compartilhada inclusive por profissionais de saúde, é a de que o parto domiciliar, mesmo quando planejado, representa maior risco de desfechos maternos e neonatais desfavoráveis. Contudo, evidências científicas reportam que o parto domiciliar planejado para mulheres de baixo risco obstétrico é tão seguro quanto o parto hospitalar habitual, e deveria ser oferecido como opção às mulheres saudáveis que assim o desejassem.<sup>4,7</sup>

Em nossa sociedade, de maneira geral, a mulher vive imersa em uma cultura pró-cesárea e de negação da sua condição de cidadã, na qual a inexistência da possibilidade da opção relativa ao local de parto não causa espanto nem revolta. No entanto, nos últimos dez anos, tem ocorrido

uma expansão significativa de movimentos de mulheres e profissionais de saúde, os quais têm buscado discutir alternativas ao modelo de atenção ao parto predominante no Brasil.<sup>8</sup> A popularização da internet tem contribuído para o crescimento dessa forma de expressão social, possibilitando às usuárias encontrar informações sobre modalidades de nascimento diferentes do modelo hospitalar tecnocrático.

Neste estudo, aprendendo com a diversidade da informação na opção ou escolha informada pelo parto domiciliar planejado, o termo “opção” deu-se após a clarificação do significado das palavras “opção” e “escolha”. Recorrendo, inicialmente, ao esclarecimento etimológico desses termos no Dicionário da Língua Portuguesa, constatou-se que “opção” é o ato, direito ou faculdade de optar, preferência e livre escolha; e que “escolha” refere-se ao ato ou efeito de escolher, opção, preferência, seleção.<sup>9</sup>

Adotar o termo opção pareceu-nos mais adequado, tendo em vista que a sua conotação conceitual engloba, de um lado, a capacidade de livre escolha, e de outro lado, a condição de cidadania da mulher, ao reconhecer o direito de preferir como marca de poder e de autonomia em relação à decisão pelo parto planejado.

Na busca pelo significado, na língua inglesa, do termo opção, quando vinculado à temática parto domiciliar, consta no bojo de sua descrição e análise a questão da *informed choice*, significando, em português “opção informada” que, de acordo com o Colégio de Parteiros de Ontário (Canadá), é um processo de opção que depende de uma completa troca de informação, numa forma não emergencial e não autoritária.<sup>2</sup>

Nessa acepção conceitual, a opção informada pode ser entendida como um princípio ideológico que guia a interação entre a mulher e a parteira profissional. No Brasil, as parteiras profissionais são as obstetras e as enfermeiras obstétricas. Sendo assim, a parteira deve informar à mulher sobre as evidências científicas no processo de atenção requerido.<sup>6</sup>

A opção informada parte de uma retórica feminista, um conceito na reconfiguração da relação entre o cliente que é cuidado e o cuidador, conceito este considerado o “coração” dos movimentos feministas, por constituir relação mais igualitária nas decisões tomadas pela mulher em relação ao próprio corpo.<sup>10</sup>

A partir do acesso à informação e consequente consciência plena dos direitos de cidadania, o empoderamento tem relação com o exercício do controle de nossos atos. É isto que promove a mu-

dança de atitudes passivas para posturas ativas, permitindo que o indivíduo seja capaz de saber o que é melhor para si.<sup>11</sup>

Face ao exposto, pretende-se oferecer subsídios para novas políticas de saúde que possam efetivamente garantir às mulheres mais acesso à informação sobre seus direitos em relação ao parto, ao nascimento e à assistência profissional necessária, seja o evento realizado em âmbito hospitalar, nos centros de parto normal ou no domicílio, desde que por opção livre da mulher.

Ressalta-se que a pesquisa teve como pressuposto teórico a existência de fatores que influenciam no processo de opção pelo parto domiciliar planejado, como uma expressão de direito de cidadania e de autonomia. O objetivo da investigação foi descrever o processo de opção das mulheres pelo parto domiciliar planejado.

## MÉTODO

A opção metodológica desta pesquisa determinou um estudo etnográfico institucional, por considerar a sua vinculação ao contexto cultural e ao comportamento humano em uma abordagem do movimento feminista. Assim, é possível produzir uma fotografia e descrever o contexto social do local onde se encontram o sujeito ou sujeitos envolvidos na investigação. Neste tipo de estudo busca-se adquirir conhecimentos sobre como funcionam os diferentes grupos sociais;<sup>12</sup> o enfoque qualitativo, por sua vez, permite o aprofundamento das informações no mundo dos significados e das relações humanas.<sup>13</sup>

O estudo etnográfico gera teorias ou concepções contextuais, holísticas e reflexivas, sem testar hipóteses predeterminadas. A etnografia acredita que o mundo social deve ser estudado fundamentalmente no seu *locus*; por isso, optou-se por entrevistar as mulheres em seus domicílios, local por elas definido.

A Etnografia Institucional é uma abordagem empírica de pesquisa; está ligada às regras, à organização social de um determinado fato ou evento. Propõe uma sociologia que parte da experiência das pessoas, e não de uma teoria. Combina teoria e método e foca nas conexões entre locais e situações da vida diária ou da prática profissional. Esse método foi criado por Dorothy Smith, socióloga fortemente influenciada pelo feminismo, que pensou o conhecimento oriundo da prática e como o mesmo retorna para ela.<sup>14</sup> A autora afirma que, ao olhar através do ponto de vista da mulher, com base nas atividades do seu cotidiano, é possível ultrapassar as práticas dominantes e falar das mulheres de forma fidedigna.<sup>15</sup>

Para o teórico,<sup>16</sup> a Etnografia Institucional é um método para exploração e descoberta de temas obscuros ou desconhecidos; portanto, adequado ao estudo da temática do opção informada pelo parto domiciliar planejado em centro urbano.

A seleção das depoentes ocorreu a partir da busca de informações dos profissionais que acompanharam partos em domicílio na cidade do Rio de Janeiro, a saber: quatro enfermeiras obstétricas e dois médicos. Esses profissionais foram informados sobre a pesquisa por telefone, quando lhes foi solicitado o contato com as clientes que efetivamente pariram no domicílio, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2010. Foi notável o imediatismo com que os profissionais prestaram as informações solicitadas, configurando um levantamento de 65 mulheres, sendo que destas, 40 mulheres foram atendidas pela pesquisadora deste estudo. Dentre as 25 mulheres restantes, 11 puderam ser localizadas e entrevistadas.

Todavia, a comissão de qualificação do relatório preliminar da pesquisa recomendou a inclusão do número de mulheres atendidas pela pesquisadora, a fim de permitir que se atingisse a saturação dos dados a serem coletados. Procedendo-se nesse sentido, a seleção dessas depoentes deu-se a partir da escolha aleatória simples entre as 40 que inicialmente não tinham sido consideradas como parte da população. Dentre as 10 mulheres escolhidas, entrevistamos apenas seis, pelo reconhecimento da saturação dos dados. Dessa forma, a amostragem final foi constituída por 17 mulheres que vivenciaram o parto domiciliar planejado, após terem concordado em participar do estudo, e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, previsto na Resolução CNS-196/96, assegurando-se o anonimato e o sigilo das informações, mediante utilização de um código alfanumérico ( $E_1...E_{17}$ ).

A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2011 por meio de entrevista semiestruturada gravada digitalmente, com autorização prévia das depoentes, e transcrita pela pesquisadora. Antes do início da gravação, respondiam a perguntas referentes à respectiva caracterização. Após esta etapa, foi-lhes solicitado que relatassem como optaram pelo parto domiciliar planejado. As mulheres falaram livremente. Quando da necessidade de obter informações não abordadas pelas entrevistadas, a pesquisadora fez uso de palavras-chave constantes do roteiro para atingir os objetivos do estudo. Além disso, foi utilizado anotações de caderno de campo como etapa de coleta de dados. Após a transcrição dos depoimentos, os relatos foram validados pelas entrevistadas, assim permitindo a realização da análise do conteúdo do material.



Para analisar os dados coletados optou-se pela categorização temática resultante das entrevistas.<sup>12</sup> Após as transcrições das entrevistas utilizamos a unidade de registro a partir da temática, como estratégia de organização. Utilizamos cores para identificar cada unidade de registro e agrupamos as unidades de registro afins, permitindo uma visão geral da temática. As entrevistas deram origem a quarenta e cinco unidades de registro a partir do agrupamento temático que, por sua vez, fundamentaram a construção de nove subcategorias, a saber: aprendendo com a diversidade de informação; a relação com o pai do bebê; a relação com a família e os amigos; parto em casa, aspectos positivos e negativos; a relação com o sistema de saúde e os médicos; a relação com o profissional; histórias que marcaram sua trajetória; uma forma diferente de encarar meu corpo, a vida, o mundo; e reações após o parto.

Das nove subcategorias emergem três grandes categorias: informação - um passo para a opção pelo parto domiciliar planejado; influência na opção pelo parto domiciliar planejado; e a opção pelo parto natural e a desmedicalização.

A categoria aqui apresentada é informação - um passo para a opção pelo parto domiciliar planejado, que foi construída a partir de duas subcategorias, a saber: aprendendo com a diversidade de informação; e a relação com o pai do bebê. Aprendendo com a diversidade de informação emerge a partir de sete unidades de registro, a saber: conhecia pessoas que tiveram parto domiciliar; conhecia pessoas com experiências negativas; a internet como fonte de informação; livros como fonte de informação, informações a partir de outro profissional de saúde; e troca de informações com outras mulheres e a comparação com outros países. A subcategoria: a relação com o pai do bebê teve como origens três unidades de registro: o pai com relação ao parto domiciliar, negociando com o hospital a participação do pai e a participação do pai no processo do parto.

É importante destacar que a investigação foi realizada após apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, quanto aos seus aspectos éticos e legais, sendo aprovada conforme protocolo n. 078/2010.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As depoentes apresentaram a seguinte caracterização: 13 eram primíparas; à época do parto tinham entre 21 e 41 anos. Com relação ao local de moradia, houve prevalência das que moravam em regiões com maior nível socioeconômico, indicando

possível influência dos fatores financeiros na opção pelo local de parto. Todas possuíam grau universitário e acesso diário à internet, significando que a informação qualificada e diversificada emerge como chave para a opção informada. Estudos realizados na Inglaterra e em São Paulo, com mulheres que pariram em domicílio, encontraram resultados semelhantes a este.<sup>1,17</sup> Constatou-se também que a maioria das mulheres contribuía consideravelmente para complementar o orçamento doméstico.

### Informação: um passo para a opção pelo parto domiciliar planejado

Foi comum a todas as mulheres o relato da busca e do acesso à informação como parte importante no processo de opção. Nenhuma delas declarou ter realizado essa opção de uma hora para outra; ao contrário, relataram que vivenciaram um processo interno e externo nas relações sociais, até chegarem à opção, assim confirmando que a opção final é fruto de informações diferenciadas que tem dois pilares básicos: segurança para mãe e bebê e desmedicalização do processo da parturição e do nascimento, como objetivado no seguinte relato:

[...] não foi nada que deu um click, assim, de uma hora para outra. Eu fui montando, tinha dúvida, pesquisava, perguntava [...] (E<sub>3</sub>).

O acesso à informação diversificada deve-se principalmente à condição educacional dessas mulheres, e surge como fator influenciador na tomada de consciência e na opção pelo parto domiciliar planejado. Este fato, da forma como foi relatado pelas mulheres, representou o primeiro passo para a determinação da opção feita. Neste estudo, a informação diversificada foi assim denominada por ter sua origem em fontes diferenciadas a respeito das suas relações sociais, de ter realizado ou assistido parto no domicílio, e circunscreve-se aos diferentes meios de comunicação.

A informação atua como condutor de uma rede de conhecimentos e de relatos de experiências em duas dimensões: interna e externa. A primeira serve de base ao processo de conscientização, e a segunda, ao estabelecimento de uma organização social de apoio. Nesta, os saberes e as práticas são os alicerces de uma compreensão social como discurso da mulher, e não para a mulher.<sup>18</sup>

Ao olhar para a forma como nossa sociedade está organizada na questão do parto e nascimento, verifica-se que as mulheres afirmam que necessitam buscar ativamente informações diferenciadas para chegarem a optar pelo parto domiciliar. Isto ocorre porque as relações sociais no Brasil confirmam o hospital como único local de parto.<sup>8,19,20</sup>

As campanhas da mídia reforçam a importância do profissional médico durante a gestação e no parto. As relações de poder são claras e as mulheres participam dessa relação social com o profissional. A participação das mulheres no processo, mesmo que limitada, confirma a literatura,<sup>16</sup> no sentido de que as relações sociais não acontecem para as pessoas, não são feitas para as pessoas. As pessoas, ativamente, constituem as relações sociais.<sup>15</sup> Sendo assim, na maioria das vezes, as mulheres delegam o poder ao profissional ou simplesmente aceitam o conhecimento dele como indiscutível, por não terem acesso a dados que lhes permitam questionar o saber científico do especialista. A busca de informações, por si só, pode ser reconhecida como uma nova relação de poder que se estabelece entre profissionais e clientes.<sup>16</sup>

Não altera o fato de serem ou não primíparas. Essas mulheres referem, em algum momento do seu processo, o acesso a uma informação diferenciada como suporte para sua opção, com destaque para o relato a seguir:

[...] *bem, eu comecei a me informar sobre o assunto, sobre a humanização do parto, sobre as opções, e comecei a me interessar bastante pelo parto domiciliar, mas não consegui levar à frente na primeira gravidez. Acabou sendo um parto hospitalar, que não foi muito como eu esperava, o que me levou a buscar com mais dedicação pelo o parto domiciliar na segunda vez [...]* (E<sub>12</sub>).

Esse depoimento demarca que a mudança de atitude dessa mulher, no caso a procura de outro profissional que se adequasse às suas necessidades, não ocorre de forma fácil ou espontânea. Foi o fato de ter uma expectativa frustrada que a impulsionou a buscar informações e profissionais que lhe permitissem vivenciar uma nova relação de poder com novas regras de organização social, na qual seus desejos pudessem ser respeitados, inclusive na questão da escolha do local de parto.

As mulheres também apontaram que o acesso à informação tem origens diversas: podem ser diretas pessoa/pessoa, ocorrerem em grupos de gestantes ou serem oriundas dos diversos meios de comunicação. Ficou evidente, ainda, que a informação pode ter origem científica ou ser fruto da experiência.

### **Conhecia pessoas que tiveram parto domiciliar**

Os dados demonstram uma predominância de mulheres que conheciam alguém que tinha a vivência do parto domiciliar, conforme depoimentos abaixo:

[...] *eu optei porque, primeiramente, conhecia pessoas que tinham tido o parto em casa [...]* (E<sub>1</sub>).

[...] *agora já é um caminho mais normal. Eu conheço várias pessoas que tiveram em casa [...]* (E<sub>6</sub>).

A maioria das mulheres da cidade do Rio de Janeiro não imagina a possibilidade de um parto não hospitalar, isto porque essa informação não está disponível nos serviços de saúde; por sua vez, elas não buscam esta informação. Nos textos e formulários aos quais as mulheres tem acesso, como o cartão da gestante, não existe referência à possibilidade de opção relativa ao local e ao profissional que assiste ao parto nos serviços de saúde públicos ou privados, o que vem ao encontro do pressuposto de Dorothy Smith<sup>16</sup> de que os textos são mediadores e organizadores das relações sociais.

Em nenhum momento as entrevistadas relataram ter recebido alguma informação sobre a possibilidade de opção, nem sobre o local de parto ou outro quesito; muito pelo contrário, relataram a lacuna de informação quando atendidas no hospital. A busca pela informação levou, na prática, à possibilidade da opção, uma opção indisponível para a população em geral, já que o Sistema Único de Saúde (SUS) não oferece esta modalidade de assistência.

A busca pela informação, mesmo antes da opção, inclusive nos casos em que a opção final não seja o parto domiciliar, já denota um reconhecimento interno, uma forma diferente de enxergar o mundo e as relações à sua volta, como mostra o recorte de depoimento a seguir:

[...] *depois que falei com uma amiga que tinha tido parto em casa, eu fui me animando, pois no começo eu tinha um pouco de medo [...]* (E<sub>14</sub>).

Neste caso, a informação foi a responsável pela diminuição do medo, como reconheceu uma entrevistada:

*logo que eu fiquei grávida, eu tinha amigas em torno que já tinham feito esta escolha. Isso para mim era uma coisa natural, já fazia parte de conversa com outras grávidas. E eu achei que era a melhor opção [...]* (E<sub>17</sub>).

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.

Surge o que poderia ser um subgrupo de mulheres: aquelas que viveram um parto fora da instituição hospitalar. Essa comunhão de ideias que se cria nas relações entre mulheres com vivências semelhantes, é um fator que dá suporte, no caso, à opção pelo parto domiciliar.<sup>18</sup>

### Conhecia pessoas com experiências negativas

Percebeu-se, ainda, que dentre as mulheres, algumas afirmaram que experiências negativas hospitalares anteriores, próprias ou de terceiros, foram importantes para a opção. Uma vez mais o conhecimento tem origem na prática, o que autoriza e legitima o depoimento a seguir:

*[...] mas, uma vez que você vai entrando num ambiente, digamos, de pesquisa, de pessoas que já passaram por esta experiência de conversar com pessoas que sabem como é isso, e de pessoas que também passaram pelo contrário, pelo oposto de ter um filho num lugar estranho [...]* (E<sub>1</sub>).

A vivência positiva e o acesso à informação surgem como estímulo, em contraposição à dificuldade da experiência das outras mulheres, a partir do ambiente no momento do parto. O ambiente não se restringe apenas ao seu aspecto físico, já que nele se encontram os profissionais. O mais determinante não diz respeito aos processos fisiológicos, e sim ao lugar estranho/desconhecido. “Lugar estranho”, aqui determinando uma relação social que atende a outras necessidades que não as das mulheres no seu processo de parir, fazendo com que se sintam excluídas de um processo que lhes é próprio por natureza, por legitimidade e direito. A propósito, segue-se um recorte de depoimento:

*[...] então eu fui para a maternidade, e passei por todo aquele processo de retirada de roupa, de raspagem dos pelos à seco. Eu consigo lembrar o barulho da lâmina na minha pele. E tudo isso já em trabalho de parto, então, foi muito traumatizante para mim [...]* (E<sub>4</sub>).

A experiência negativa anterior, quando grávida, ou de alguém do seu conhecimento pessoal, exerce forte influência na busca por uma opção que respeite suas necessidades por um cuidado não estandardizado, padronizado e determinante da sua própria relação social. O processo de (des) caracterização descrito, o não reconhecimento por parte dos profissionais de suas necessidades e dificuldades enfrentadas na vivência do parto, tornaram a experiência do parir absolutamente negativa.

### A internet como fonte de informação

As mulheres afirmam ter acessado a internet para obter informações acerca de parto natural, conforme observamos no relato a seguir:

*[...] eu fui para a internet... sabe, a internet me deu muito suporte de dúvidas que minha amiga tinha deixado, porque a opinião dela ainda estava muito empolgada, ela estava vivenciando isso. Mais aí a internet me deu mais suporte de ver médico falando, de ver gente, uma rede, e deu para perceber o quanto isso estava grande, o quanto isso não era maluquice da minha amiga só [...]* (E<sub>2</sub>).

A internet e a globalização surgem como fator impactante no acesso à informação e se tornam determinantes. Alguns autores apontam que a *web* não atingiu seu pico máximo no sentido de oferta de informações em saúde, assim como a chamada mídia social e seus grupos temáticos.<sup>2</sup>

Pode-se perceber que, atualmente, a internet confirma a vivência da amiga, demonstrando não ser algo excepcional, pessoal ou pontual; e que existe uma corrente, outros profissionais envolvidos, uma atitude respeitável. No depoimento, observa-se a construção da opção da entrevistada, em que a identificação com a amiga e a descoberta a partir da vivência do outro, são fundamentais. A informação obtida na internet reforça a vivência/prática das mulheres na rede social. Através da Etnografia Institucional foram reveladas as relações de poder que surgem a partir da experiência cotidiana, como verificado nesta pesquisa. Infere-se como a vivência, no caso, confere autoridade e legitimidade:<sup>8</sup>

*[...] eu ficava muito sozinha dentro de casa, e então comecei a fuxicar na internet [...]* (E<sub>2</sub>).

Nos últimos dez anos, a internet vem se tornando fonte de informações em saúde, e são as mulheres as que mais acessam a rede com esse fim.<sup>21</sup> Na internet, a pessoa realiza uma busca ativa, interage no processo e acessa todo tipo de informação: aquelas com características científicas e também as de baixa qualidade, muitas vezes incluindo informações errôneas. Questiona-se a qualidade científica da informação recebida e, para tanto, estudos mais específicos, que avaliem a informação acessada, são necessários; e, ainda, infere-se que estas mulheres acessam a rede objetivando pesquisar, esclarecer dúvidas, obter suporte para sua decisão/reflexão, eliminar fatos desconhecidos, corrigir possíveis estigmas e exclusões e construir redes sociais de apoio.<sup>22</sup>

### Livros como fonte de informação

Com relação ainda à informação, algumas indicaram livros como fonte, citando inclusive o autor e obstetra Michel Odent, que desde 2000 tem participado de muitos eventos em nosso País. A importância da presença, no Brasil, deste e de outros ícones nacionais e internacionais na temática, é reforçada pelos depoimentos que se seguem:



[...] *também vi uns livros do Michel Odent, eu cheguei nele, vi outros livros [...]* (E<sub>14</sub>).

[...] *a minha mãe, no começo, ela ficou com muito medo, depois eu levei o livro do Michel Odent [...] e ela gostou muito* (E<sub>7</sub>).

A leitura e os novos conceitos científicos aparecem como fonte de segurança. O que esses depoimentos demonstram é a possibilidade de uma mudança de comportamento, a partir do acesso à informação divulgada em livros. As relações sociais sofrem influência e são mediadas por textos. Os livros trazem novos conceitos que alteram as relações sociais entre mulheres, profissionais e instituições de saúde.<sup>16</sup> As entrevistadas apontaram a necessidade de realizar uma busca ativa para ter acesso à literatura científica especializada. A informação, identificada aqui, serviu como base para a mudança das relações sociais e das relações de poder que impõem às mulheres o parto hospitalar tradicional ou as cesáreas agendadas.

### Informação a partir de profissional da saúde

Foram identificadas mulheres que receberam de outros profissionais, que não os responsáveis pelo atendimento pré-natal, informações positivas a respeito do parto domiciliar planejado, como no caso a seguir:

[...] *conheci uma psicóloga lá da maternidade e falei que eu tinha vontade de ter o bebê em casa, mas não tenho dinheiro... e ela me falou assim, em off, 'se você quer ter seu filho em casa, a primeira coisa que eu digo para você é: 'vai, procura as pessoas... sinceramente, é uma opção muito mais saudável, muito mais bacana que ter o filho aqui'. Aí eu fiquei assim, de boca caída!! 'Mas se você precisar, o hospital está aqui. Você continua fazendo seu pré-natal'.*

A profissional da instituição deixa claro para a mulher ser mais fácil alcançar seu desejo na negociação direta com um profissional autônomo, fora do hospital, do que tentar flexibilizar regras na instituição hospitalar. A detentora do poder, que dá apoio e suporte, é a mesma que reforça o desejo da mulher e impulsiona sua ousadia na busca por uma opção:

[...] *eu cheguei ao parto em casa. Na verdade, foi meu marido que me contou que existia, e quem falou para ele foi a terapeuta dele [...]* (E<sub>10</sub>).

Os profissionais autônomos ou vinculados às instituições de saúde, no caso, reconheceram e estimularam a opção pelo parto domiciliar planejado. Estamos, portanto, falando de um grupo absolutamente seletivo de profissionais que demonstraram estar em busca de evidências cien-

tíficas para embasar sua prática, o que é por nós entendido como motivo de otimismo.

### A troca de informações entre as mulheres

Quando se fala em informação, significa falar a respeito de algo material, assim como os dados estatísticos, por exemplo. Aqui fala-se de uma atividade a ser exercida com base em evidências científicas. As mulheres, no entanto, trazem nova significação para a informação, como demonstra o depoimento a seguir:

[...] *através de uma amiga que passou pela experiência do parto domiciliar, eu acompanhei desde o início da gravidez [...]. Só que aí, quando o bebê dela nasceu e eu fui visitar, ela estava assim radiante, assim num esplendor, magnífica, e quando ela me relatou o parto dela como tinha sido, eu pensei: nossa que luz que está esta casa, esta criança, esta minha amiga [...]* (E<sub>2</sub>).

O primeiro passo é reconhecer a autoridade de quem viveu a experiência, no caso, o parto domiciliar, logo depois o reconhecimento, nessa experiência, de um resultado que extrapola mãe e bebê saudáveis. Estamos falando de bem-estar, integridade, sensação de poder, reconhecimento das suas reais potencialidades somente pelo fato de ser mulher. Através dos discursos das entrevistadas, compreende-se o significado maior da possibilidade da vivência mais prazerosa do parto, o que claramente não ocorre com frequência em nossa sociedade.<sup>1</sup> O reconhecimento deste poder inerente ao gênero feminino, no sentido mais estrito da palavra, iguala todas as mulheres que optaram por este caminho. A troca de experiências entre as mulheres apresenta-se, portanto, como uma importante fonte de informação que facilita a opção pelo parto domiciliar planejado.

### COMENTÁRIOS FINAIS

O processo de opção pelo parto domiciliar planejado, em grandes centros urbanos, tem início a partir do acesso à informação, cuja origem pode ser individual ou ocorrer no contato pessoal e em redes sociais na internet, considerada uma informação diversificada e qualificada, com base na experiência de outras mulheres, um conhecimento empírico e também um conhecimento científico. As mulheres passam por um intercâmbio de saberes e práticas, tornando o parto domiciliar uma opção construída ao longo da gestação.

Nesse processo, as mulheres estabelecem e tomam como base as relações sociais, na interação com o parceiro a família e os amigos. Relações sociais construídas a partir de mulheres esclare-

cidas, independentes financeiramente, que (des) constroem as relações de gênero tendo como base a diferença de sexos. Elas constroem estratégias de fortalecimento interrelacional, com maior igualdade de direitos. Através da conscientização das suas possibilidades fisiológicas enquanto mulheres, empoderaram-se e constroem a relação com o profissional de saúde, e assim, maximizam o potencial para uma atitude pessoal e política que consolida sua opção e decisão.

Os conceitos de Dorothy Smith e seu referencial teórico ratificaram a conscientização e fortaleceram a defesa dos movimentos sociais das mulheres, e da busca pelo preenchimento de lacunas nas políticas públicas que favoreçam o acesso à informação e à opção pelo local de parto.

## REFERÊNCIAS

1. Feyer ISS, Monticelli M, Volkmer C, Búrigo RA. Publicações científicas brasileiras de enfermeiras obstétricas sobre o parto domiciliar: revisão sistemática de literatura. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2013 Jan-Mar [acesso 2013 Nov 12]; 22(1). Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_30.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_30.pdf)
2. Lessa HF. A saúde da mulher e a opção pelo parto domiciliar planejado [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2012.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio De Janeiro. Indicadores de Saúde da cidade do Rio de Janeiro. Brasília (DF): MS; 2010.
4. Jonge A, Goes VD, Ravelli AC, Amelink-verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529n688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG*. 2009 Abr; 10(1):1-10.
5. Boucher D, Bennett C, Macfarlin B, Freeze R. Staying home to give birth: why women in the United States choose home birth. *J Midwifery Womens Health*. 2009 Mar-Abr; 54(2):119-26.
6. Evers AC, Brouwers HA, Hukkelhoven CW, Nikkels PG, Boon J, Hillegersberg J, et al. A perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study. *BMJ*. 2010 Nov; 34(5639):1-8.
7. 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; 343(7400):1-13.
8. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarzwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011 Mai; 377(9780):1863-76.
9. Ferreira ABH. Dicionário Aurélio de língua portuguesa. 5ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Editora Positivo; 2011.
10. Spoel, P. A feminist rhetoric on informed choice in midwifery. *Rhetor* [online] 2007. [acesso 2010 Abr 20]; (2):1-25. Disponível em: <http://uregina.ca/~rheaults/rhetor/2007/spoel.pdf>
11. Malheiros PM, Alves VH, Rangel TSA, Vargens OMC. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto Contexto Enferm*. 2012 Abr-Jun; 21(2):329-37.
12. Hammersley M, Atkinson P. *Ethnography: principles and practice*. 3ª ed. London (UK): Tavistock Publications; 2007.
13. Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 28ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Vozes; 2010.
14. Campbell ML, Gregor FM. *Mapping social relations: a primer in doing institutional ethnography*. Oxford (UK): Altamira Press; 2004.
15. Campbell ML. Dorothy Smith and knowing the world we live in. *J Soc Social Welfare* [online]. 2003 [acesso 2010 Abr 20]; 30(1): Disponível em: <http://www.thefreelibrary.com/Dorothy+Smith+and+knowing+the+world+we+live+in.-a099018712>
16. Smith DE. *Institutional ethnography: a sociology for people*. Toronto (CA): Altamira Press; 2005.
17. Colacioppo PM, Kiffman M, Riesco MLG, Schneck C, Osava R. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. *Rev Enferm Ref*. 2010 Dez; Série III (2):81-90.
18. Smith DE. *Institutional ethnography as practice*. Lanham (US): Rowman & Littlefield Publishers; 2006.
19. Diniz SG, Bick D, Bastos MH, Riesco ML. Empowering women in Brazil. *Lancet*. 2011 Nov; 370(9599):1596-8.
20. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface Comun Saúde Educ*. 2009; 13(suppl1):759-68.
21. Garbin HBR, Neto AFP, Guilam MCR. A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. *Interface Comun Saúde Educ*. 2008; 12(26):579-88.
22. Gomes, ML. A prática obstétrica da enfermeira no parto institucionalizado: uma possibilidade de conhecimento emancipatório [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2012.

Correspondência: Diego Pereira Rodrigues  
Rua Desembargador Leopoldo Muylaert, 307  
24350-450 - Piratininga, Niterói, RJ, Brasil  
E-mail: [diego.pereira.rodrigues@gmail.com](mailto:diego.pereira.rodrigues@gmail.com)

Recebido: 05 de abril de 2013  
Aprovado: 18 de setembro de 2013