



PARTO DOMICILIAR PLANEJADO ASSISTIDO POR ENFERMEIRA OBSTÉTRICA: SIGNIFICADOS, EXPERIÊNCIAS E MOTIVAÇÃO PARA ESSA ESCOLHA¹

Maria Aparecida Baggio*
Camila Girardi**
Taís Regina Schapko***
Maycon Hoffmann Cheffer****

RESUMO

Objetivo: compreender os significados e experiências de mulheres que vivenciaram o parto domiciliar planejado assistido por enfermeira obstétrica e a motivação (das mulheres) para essa escolha. **Metodologia:** estudo qualitativo, exploratório e descritivo, com 16 mulheres, realizado por meio de entrevista semiestruturada e analisado pelos pressupostos da análise temática de conteúdo. **Resultados:** as mulheres vivenciaram o parto com tranquilidade, autonomia e respeito, escolheram as posições e as pessoas de sua preferência. O parto teve significado de vitória e de libertação, cuja experiência foi descrita como inesquecível, fantástica, intensa e protagonizada pela mulher. O descontentamento com o modelo de assistência vigente, a participação em grupo de gestantes, o acesso a informações e a vivência de violência obstétrica anterior motivaram as mulheres a optarem pelo parto domiciliar. **Considerações finais:** as experiências das mulheres convergem para o exercício da autonomia e respeito à individualidade. Evidencia-se o protagonismo das mulheres que vivenciaram um parto natural e livre de intervenções. A assistência obstétrica foi centrada nas necessidades da parturiente, proporcionou confiança, segurança, tranquilidade e respeito às suas escolhas. Aponta-se a necessidade de ampliar a assistência ao parto por enfermeiras obstétricas às mulheres que desejam o parto domiciliar planejado. Políticas públicas de assistência ao parto podem viabilizar isso.

Palavras-chave: Enfermeiras Obstétricas. Enfermagem Obstétrica. Parto Domiciliar. Parto Normal. Parto Humanizado.

INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto devem ser um período com experiências positivas para a mulher e familiares. No entanto, tem sido um evento arriscado e amedrontador para alguns, gerando descontentamento com a assistência atual ao parto. Isso tem gerado uma reavaliação do processo de nascimento como um evento fisiológico e feminino⁽¹⁾.

No passado, a assistência ao parto era realizada por parteiras, no ambiente domiciliar. Elas eram conhecidas na sociedade pelas suas experiências, embora não dominassem o conhecimento científico. A partir do século XX, houve intensificação à hospitalização e medicalização do parto a fim de padronizar o cuidado e reduzir a mortalidade materno-infantil.

Consequentemente, houve a perda da autonomia da mulher no processo de parir⁽²⁾.

A transferência do parto do ambiente domiciliar para o hospitalar foi acompanhada por uma série de transformações. A mulher e o bebê assumiram uma posição passiva e perderam o papel de protagonistas. Os profissionais da saúde passaram a tomar o controle sobre o nascimento, realizando uma série de intervenções e modificando as práticas obstétricas⁽³⁾. Diante disso, parir em casa representa o descontentamento das gestantes com a prática obstétrica hospitalar, cuja assistência ocorre de forma fragmentada. Simultaneamente, considera-se uma escolha pautada na análise crítica das informações a respeito do parto domiciliar⁽⁴⁾.

O desejo por um parto menos intervencionista, a ausência de autonomia e o temor de não poder

¹Artigo extraído do trabalho de conclusão de curso intitulado: Significados e experiências de mulheres que vivenciaram o parto domiciliar planejado e assistido por enfermeira obstétrica, apresentada ao curso de enfermagem, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, no ano 2016

*Enfermeira. Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Cascavel, PR, Brasil. E-mail: mariabaggio@yahoo.com.br. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6901-461X>.

**Enfermeira. Prefeitura Municipal de Cascavel. UNIOESTE. Cascavel, PR, Brasil. E-mail: camilagirardi.vel@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1645-3752>.

***Enfermeira. Prefeitura Municipal de São Miguel do Iguçu. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira. UNIOESTE. Foz do Iguçu, PR, Brasil. E-mail: tais-regina.s@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6813-437X>.

****Enfermeiro. Doutorando em enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (PSE/UEM). Universidade Estadual de Maringá (UEM). Cascavel, PR, Brasil. E-mail: maycon-cheffer@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9361-0152>.

assumir o controle do trabalho de parto condicionam a necessidade de a mulher buscar estratégias para vivenciar o parto de um modo mais humano e com a possibilidade de escolhas de forma compartilhada, como o parto domiciliar planejado (PDP)⁽³⁾.

O Ministério da Saúde do Brasil, considerando a necessidade de modificações na assistência ao parto, desde 1990 tem incentivado a realização do parto normal, principalmente estimulando os partos conduzidos por enfermeiras obstétricas (EO), independentemente da escolha do local de parto⁽⁵⁾. A valorização dos partos realizados por EO tem como intuito minimizar o uso de recursos e estimular o uso de tecnologias leves na saúde pública⁽⁶⁾.

A participação das EO no parto possibilita a humanização da assistência e a preservação da autonomia da mulher no momento do parto, pode contribuir para a redução da morbimortalidade materna e garante um nascimento seguro por meio da habilidade técnica dessas profissionais e da inclusão de práticas baseadas em evidências científicas, recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽⁷⁾.

No Brasil, a retomada da prática dos partos domiciliares tem ocorrido por opção das mulheres em busca de assistência obstétrica centrada em suas necessidades. A partir do momento em que a equipe de saúde oferece à mulher informações, ela passa a ter autonomia e ser protagonista no processo parturitivo, enxergando o parto não apenas como um processo natural e fisiológico, mas consciente, e opta por dar à luz do modo mais natural possível⁽⁴⁾.

A disseminação de informações baseadas em evidências científicas, que objetivam a humanização do trabalho de parto e o esclarecimento a respeito do parto natural, colabora para a escolha do PDP⁽³⁾. No entanto, no Brasil, existe uma ideia compartilhada por alguns profissionais de saúde de que o parto em casa, ainda que planejado, está associado a um risco maior de apresentar resultados negativos quando comparado ao parto hospitalar⁽²⁾.

O PDP é um modelo de parto reconhecido internacionalmente⁽⁸⁾. Contudo, não é um serviço oferecido pelo sistema público de saúde brasileiro. As mulheres que desejam esse tipo de parto precisam buscar equipes privadas que o oferecem⁽⁹⁾. Na Suécia, aproximadamente uma

em cada mil mulheres tem um parto em casa planejado, e cerca de dez vezes mais mulheres escolheriam o parto em casa se ele fosse uma opção no sistema de saúde⁽¹⁰⁾. Nesse sentido, indaga-se: quais são as motivações que levam as mulheres a contratarem esse serviço particular no Brasil? Quais são os significados e como foi a experiência de mulheres que vivenciaram um PDP assistido por EO?

O artigo objetivou compreender os significados e experiências de mulheres que vivenciaram o PDP assistido por EO e a motivação [das mulheres] para essa escolha.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido com 16 mulheres que vivenciaram o PDP assistido por EO, selecionadas por conveniência. Foram critérios de inclusão a mulher ter vivenciado o trabalho parto e parto em domicílio, assistido por EO da equipe Manjedoura, no período de agosto de 2014 a agosto de 2016, ser maior de idade e residir no município de Cascavel, PR. Das 20 mulheres indicadas pela equipe, conforme critérios de inclusão, quatro foram excluídas. Destas, duas não estavam residindo na cidade no período do estudo e duas declinaram da sua participação no estudo.

As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos cada e foram guiadas por questionário semiestruturado, iniciado com as seguintes questões norteadoras: comente sobre a sua motivação para escolha do PDP assistido por EO; fale sobre sua experiência ao vivenciar o PDP assistido por EO; quais os significados que você atribui à experiência do PDP assistido por EO? Durante as entrevistas foram feitas novas questões para aprofundamento dos dados, bem como anotações de campo. Realizou-se registro digital de voz, com transcrição manual na íntegra, cujo conteúdo foi encaminhado por *e-mail* às participantes para leitura e aprovação. Todas leram e aprovaram. A coleta de dados ocorreu no domicílio das participantes, sem presença de outras pessoas, no período de junho a agosto de 2016. O fenômeno de saturação teórica permitiu encerrar a coleta de dados.

Os dados foram analisados pela análise temática de conteúdo de Minayo⁽¹¹⁾. Na pré-

análise, realizou-se uma leitura flutuante e compreensiva das entrevistas, seguida por leitura extenuante para organizar as unidades temáticas. Na exploração do material, os conteúdos das unidades temáticas foram agregados para compor as categorias temáticas que comandariam a análise. Na etapa de tratamento dos resultados e interpretação, as informações obtidas foram colocadas em relevo para verificar a concordância das categorias temáticas.

A pesquisa foi desenvolvida por uma graduanda em enfermagem, sob orientação docente, apoiada por membros do Grupo de Pesquisa em Enfermagem Materno-Infantil, em consonância com as diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo seres humanos, com parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sob nº 1.530.010, e atendeu às recomendações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e assinado pelas participantes. Para garantir o anonimato, elas foram identificadas com letra P, seguida por número ordinal da ordem da entrevista.

RESULTADOS

Das participantes do estudo, 50% (8) tinham idade entre 25 e 29 anos, 31% (5) entre 30 e 34 anos de idade, 13% (2) entre 20 e 24 anos e 6% (1) com 35 anos ou mais. Todas se consideravam brancas. Referente ao estado civil, 88% (14) eram casadas, 6% (1) tinham união estável e 6% (1) solteiras. Quanto à escolaridade, 81% (13) possuíam ensino superior completo e 19% (3) ensino superior incompleto. Sobre a renda, 56% (9) tinham renda familiar superior a cinco salários mínimos, 25% (4) renda entre 1 e 3 e 19% (3) de 3 a 5. A seguir, a descrição das categorias temáticas.

Motivações para parto domiciliar planejado

A participação em grupo de apoio à gestante e ao parto ativo, denominado Gesta Cascavel, e o acesso a informações pela *internet*, como consulta a artigos científicos, relatos de parto, filmes e vídeos de partos, motivaram a mulher a escolher o PDP:

Comecei a participar do Gesta Cascavel. Lá a gente buscou apoio, a gente conheceu a doula que acompanhou, as enfermeiras [...] (P16).

A gente começou a pesquisar, ver índices [...] as taxas, taxa de mortalidade [...] é praticamente menor que dentro do hospital [...] comecei a ver em sites, artigos (P1).

Eu li sobre a diferença de uma cesárea no hospital, do parto normal no hospital e do parto domiciliar. E eu achei a melhor opção para mim (P10).

A vivência anterior de violência obstétrica, o descontentamento com o modelo de assistência ao parto vigente e a não valorização do desejo da mulher pelo parto normal, por alguns médicos obstetras, que conduzem a mulher à cesariana, também foram condições que motivaram o PDP:

Eu queria fugir do sistema. [...] Esse excesso de interferência durante o parto (P5).

No hospital, talvez eu tivesse que me submeter a intervenções que não queria (P11).

Eu já tive o primeiro parto normal hospitalar [...] do jeito que foi assistido, não respeitou a minha individualidade [...] várias intervenções foram feitas (P15).

O obstetra disse que eu não ia conseguir ter parto normal, com 39 semanas, disse que não ia ter dilatação e que queria marcar cesárea (P4).

O ambiente domiciliar foi considerado pelas participantes como seguro, confortável e tranquilo. O desejo das mulheres era de que o parto fosse por via vaginal, natural, condicionado pela fisiologia humana, de forma humanizada, para melhor evolução do parto:

Me sentia muito mais segura em casa (P5).

Em casa, seria mais confortável para mim. Acho que evoluiria melhor (P16).

Em casa, você tem tranquilidade para aguardar o momento sem pressa (P15).

Eu queria ter da forma mais natural possível (P12).

Pelo fato dele nascer e vir direto para o meu colo, de ele poder mamar no primeiro momento, pelo pai pode esperar o cordão umbilical parar de pulsar e cortar (P7).

Participação da família na decisão pelo parto domiciliar e no processo de parir

Ao compartilharem a decisão pelo PDP, alguns familiares apoiaram a escolha e/ou a respeitaram, mas outros consideraram uma escolha irresponsável. Para evitar comentários e opiniões alheias, alguns casais optaram por não compartilhar a decisão, mantendo a escolha pelo PDP em segredo:

Para minha mãe e a mãe dele (marido) eu contei. Como eu já tinha tido um parto normal tranquilo [...], eles respeitaram a nossa decisão (P15).

Minha mãe, meu pai e meus irmãos [...] comentavam que acham uma loucura (P13).

Eu e meu marido decidimos que não íamos contar para ninguém, que era uma decisão nossa, que a responsabilidade era nossa (P4).

O ambiente domiciliar possibilitou que a mulher estivesse acompanhada por mais de uma pessoa da família, inclusive de outros filhos. A presença de pessoas de escolha da mulher possibilitou um ambiente agradável, tranquilo e descontraído:

Estar em casa, estar no seu ambiente, estar com a mãe e meu marido. A gente ria, brincava, conversava, fazia palhaçada, descontraia muito [...] você estar com as pessoas próximas de você naquele momento, para mim foi importantíssimo (P3).

Todo mundo tranquilo, meu marido comigo, minhas filhas comigo, tudo em silêncio, pouca luz, ninguém me mandando fazer nada. Na hora que ela nasceu, ela veio para o meu colo [...] foi uma celebração para nós (P15).

Na ótica das mulheres, seus companheiros tiveram participação ativa e estavam envolvidos no processo de parir. Eles as apoiavam, faziam massagens, participaram do nascimento, tiveram contato com o recém-nascido e puderam cortar o cordão umbilical. Além de participar no processo de parto, ofertaram segurança e apoio emocional:

Ele [marido] ajudou a contar as contrações [...] apoiando, ajudando, fazendo massagem [...] não imagino como seria o parto sem a presença dele (P1).

No trabalho de parto, ele teve uma participação muito ativa [...] ele que recebeu o bebê ao nascer, ele quis pegar, pegou, e cortou o cordão (P6).

A participação do marido no parto é importante, porque, num hospital, ele fica em segundo plano. E

no domicílio não, mesmo com as enfermeiras, todas em volta, ele pode protagonizar (P4).

Experiências e significados do parto domiciliar planejado

As mulheres estavam orientadas quanto aos sinais e sintomas de início de trabalho de parto, bem como quanto às fases desse processo. Assim, elas puderam experimentar o trabalho de parto e parto com tranquilidade, autonomia e respeito à sua individualidade:

Tomei café e fiquei [...] vai para o chuveiro, vai para a bola, descanso. [...] eu lanchava, cantava, a gente ria, fazia palhaçada, brincava um pouquinho (P3).

Chega uma hora que você tem que ficar nua, que você não liga para mais nada. [...] você nem sabe mais se faz meia hora ou duas horas que você está ali (P13).

As mulheres puderam escolher as posições de sua preferência durante o trabalho de parto e/ou receberam sugestões da EO ou da doula para sua mudança, quando necessário. A escolha da posição e do local de nascimento foi da mulher, sendo os mais frequentes: parto de cócoras, em quatro apoios, parto na água, parto na cama e parto na banqueta de parto:

Eu fiquei de cócoras, e foi ali que ela começou a nascer (P2).

Meu parto foi na água. Ele nasceu dentro da água (P7).

Foi em cima da cama, de quatro, apoiada numa bola de Pilates (P14).

A experiência da sensação de dor foi singular para cada mulher, sendo percebida como intensa por todas, mas com diferentes graus de percepção dolorosa. Elas consideraram a dor vivenciada no parto normal como esperada e natural.

Eu senti uma dor com motivo, tinha uma razão. Era minha filha nascendo [...] era importante ela passar por aquilo, era importante eu passar por aquilo (P8).

A dor de parto eu já vejo de que é uma dor, é, mas é uma dor que está trazendo meu filho, então a gente encara de uma forma diferente (P9).

Realizaram-se comparações entre o domicílio e o hospital. No hospital, a mulher não poderia

exercer a autonomia e a liberdade como no domicílio por prevalecerem as normas, as rotinas e os protocolos institucionais:

Talvez, no hospital, não tivesse essa tranquilidade, essa autonomia toda. Ficar em casa me deu autonomia para as coisas acontecerem como planejado (P11).

Na minha casa [...] não preciso obedecer às normas de uma instituição. Eu não sou mais uma que entra num protocolo hospitalar [...]. Que ninguém interfira no processo que é tão meu, tão particular, tão individual (P15).

Para as mulheres, o parto teve significado de vitória e de libertação cuja experiência foi descrita como inesquecível, fantástica e intensa, como esperava e/ou sonhava. Os depoimentos colocaram em evidência o protagonismo da mulher e a força do querer, que possibilitou vivenciar um parto natural e livre de intervenções:

Foi uma experiência inesquecível. [...] foi bem intenso e foi como eu sonhava mesmo [...] minha experiência foi fantástica (P3).

Eu ser o ator principal do parto, não o profissional que me assiste [...] foi uma libertação da visão medicalizada do parto [...]. Foi a possibilidade de dar à luz da forma como eu esperava [...] mais natural possível (P15).

Assistência obstétrica no processo de parto

As EO ofereceram informações necessárias; asseguraram ter materiais, equipamentos e experiência para assistência adequada; apresentaram as possibilidades para transferência para um hospital de referência, em condição de anormalidade; garantiram que estariam ao lado da mulher em tempo integral, entre outros fatores. Esses requisitos proporcionaram confiança, segurança e tranquilidade às mulheres antes e durante o seu PDP:

A enfermeira, ela é fundamental, tanto pela questão de segurança quanto pela questão de informação mesmo (P9).

Tinham o material, tinham treinamento, tinham experiência. [...] Eu consegui desligar a cabeça e pensar: “se algo diferente acontecer elas vão saber, não preciso me preocupar com isso”. [...] Me deixou tranquila e segura (P15).

A assistência obstétrica foi centrada nas necessidades da mulher, na valorização da sua individualidade, respeitando as suas vontades e decisões. As palavras de confiança e o posicionamento da enfermeira enquanto cuidadora promoveram o empoderamento da mulher no processo de parto e parto:

Ela (enfermeira) me empoderou. Ela falou que se eu realmente quisesse aquele parto, eu poderia ter ele em casa. Porque ela estaria lá do meu lado (P8).

Ela (enfermeira) participou, claro. Mas, o parto foi meu. Ela respeitou o meu corpo, as minhas vontades (P9).

A atuação da doula mostrou-se principalmente voltada ao suporte emocional e ao alívio das dores de trabalho de parto, empoderando a mulher a acreditar na fisiologia do seu corpo e na sua capacidade de parir:

Você precisa ser empoderada, você tem que ter alguém que acredite em você [...]. Ela fez eu acreditar que eu conseguiria. [...] a doula está ali do seu lado: “Você vai conseguir, você é capaz, eu estou aqui com você” (P4).

Ela [doula] me colocou na bola para fazer os exercícios para aliviar as dores da contração, ela fez massagens(P4).

DISCUSSÃO

As características socioeconômicas das mulheres endossam que a escolha pelo PDP está relacionada ao acesso de informação de qualidade, para decisão segura e informada, comumente relacionada ao nível de formação, além de condição econômica para o pagamento de honorários profissionais, visto que a assistência é particular⁽¹²⁾.

Confirma-se que o pré-natal é o período mais adequado para informar as mulheres a respeito do processo fisiológico do parto e que o conhecimento prévio das etapas a serem vivenciadas favorece o empoderamento e o protagonismo feminino durante o parto⁽¹³⁾. Contudo, a escolha pela via de parto envolve, além de informação, vivências anteriores, relatos familiares e partilha de conhecimentos em grupos de gestantes, nos quais as mulheres podem ser orientadas a respeito dos tipos de parto, incluindo o PDP⁽³⁾.

O conhecimento do modelo obstétrico intervencionista, centrado no médico, além de relatos de violência obstétrica nas instituições hospitalares, como a realização de procedimentos desnecessários, conduziu as mulheres a buscarem novas alternativas de parto^(12,14), como o PDP. Salienta-se que o uso excessivo de intervenções obstétricas pode implicar resultados fisiológicos desfavoráveis e dificultar o protagonismo feminino⁽¹⁵⁾.

Sobre isso, a episiotomia, no ambiente hospitalar, pode chegar a ser realizada em cerca de 60% das gestantes de risco habitual, mas, no ambiente domiciliar, em apenas de 0,47% a 6,1% delas. Esses dados refletem na escolha da mulher pelo ambiente de parto, considerando que os índices de intervenções no ambiente hospitalar são superiores aos apresentados no ambiente domiciliar⁽¹²⁾. Ademais, em algumas experiências, a episiotomia é realizada sem o aviso prévio e consentimento da mulher⁽¹⁶⁾.

No Brasil, as taxas de nascimentos por meio de cesariana, no ambiente hospitalar, são de cerca de 52%, chegando a 88% na rede privada. Já no ambiente domiciliar, essa taxa é de 5,7% a 9%⁽¹²⁾. Conforme preconizado pela OMS, as cesarianas devem ocorrer em 10% a 15% do total de nascimentos⁽⁷⁾.

Em países como Holanda, Canadá e Austrália, o parto domiciliar representa um evento não somente reconhecido, mas, também, estimulado pelo sistema público de saúde⁽¹⁷⁾. Porém, no Brasil, ainda é visto com preconceito pela sociedade, principalmente com a divulgação de conceitos equivocados sobre o tema. Isso pode justificar a ocorrência de menos de 1% de partos em ambiente domiciliar no país⁽⁴⁾. Convém salientar que os índices de parto domiciliar chegam a 62,7% na Holanda, 11,3% na Nova Zelândia e 2,8% na Inglaterra⁽¹⁸⁾.

As mulheres que optam por parir em casa valorizam a sensação de domínio sobre seus corpos e o processo de nascimento⁽⁹⁾. Assim, o domicílio é percebido como um local de cuidado, onde a mulher se empodera do seu próprio parto, tem mais possibilidade de fazer suas escolhas, de vivenciar seus desejos e de respeitar seus costumes e dos seus familiares⁽⁸⁾.

A escolha pelo PDP é compartilhada com o cônjuge e ambos acordam como um método seguro⁽³⁾. No entanto, ao compartilhar a escolha

pelo PDP com outras pessoas, enfrentam opiniões contrárias. As gestantes que optam pelo parto em casa são vistas com desconfiança, como alguém fora da normalidade, como se estivessem colocando a vida do bebê e a si mesmas em risco. Em razão disso, muitas delas mantêm segredo sobre a escolha pelo PDP para não sofrerem repressão dos familiares e do sistema de saúde⁽¹²⁾.

No PDP, o companheiro pode exercer ativamente o seu papel de pai e ser incluído no planejamento do parto e no nascimento do bebê⁽⁸⁾. Ele transmite segurança e apoia a mulher durante o processo de parto, podendo contribuir para a redução da dor nesse momento. Muitas instituições não respeitam a Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005), restringindo a presença do mesmo sob o argumento de falta de estrutura física na instituição ou por dificultar o processo do trabalho de parto. Logo, confirma-se que a participação da família durante o parto, em especial do companheiro, pode contribuir para torná-lo mais humanizado⁽³⁾.

Confirma-se que, durante o processo de parto, as mulheres do estudo tiveram autonomia e liberdade para deambular, alimentar-se e escolher a posição de parto. Os profissionais envolvidos as estimularam a experimentarem a posição que lhes fosse mais confortável, apoiando suas escolhas e evitando longos períodos em decúbito dorsal, o que vai ao encontro do que recomenda a OMS⁽⁷⁾.

A vivência do parto natural foi acompanhada de dor do trabalho de parto. Porém, as mulheres a encararam como necessária ao nascimento. Para o alívio da dor, empregaram-se técnicas não farmacológicas. As mais utilizadas foram o uso de massagem, a bola suíça, o banho de chuveiro e a imersão em água, considerados métodos seguros e que facilitam o relaxamento da musculatura pélvica, favorecendo a evolução do trabalho de parto⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. As mulheres preferiram posições de cócoras e quatro apoios no momento expulsivo do parto⁽¹⁹⁾.

O ambiente domiciliar foi considerado seguro, confortável e tranquilo, incluindo cenários diversificados, como o parto na água. O meio aquático colabora com a diminuição dos níveis de adrenalina sistêmica, proporcionando diminuição da ansiedade, relaxamento e diminuição da dor. Consequentemente, favorece o estímulo à produção de ocitocina, que pode contribuir com a intensificação da dilatação pélvica, oportunizando

que o trabalho de parto ocorra de forma mais rápida⁽¹⁵⁾.

As mulheres comparam as experiências de parto no ambiente domiciliar e no hospital. Quanto aos partos em ambiente domiciliar, confirma-se que são de forma natural, de evolução fisiológica, sem intervenções e complicações para a mãe e o recém-nascido⁽²⁰⁾. Já os partos que acontecem no hospital, estes podem ser realizados com intervenções traumáticas e desnecessárias. Motivos pelos quais as mulheres optaram pelo parto normal domiciliar⁽⁸⁾.

A mulher, ao estar em um ambiente conhecido, como seu lar, com pessoas do seu vínculo afetivo, apresenta menor ansiedade durante o trabalho de parto, o que também pode favorecer a experiência de um parto mais rápido, com menos dor e mais significativo⁽²¹⁾. Contudo, é adequado afirmar que, mesmo em hospitais, a assistência ao parto por EO também pode reduzir intervenções desnecessárias e complicações no parto, diminuir o uso de analgesia e encurtar a duração do trabalho de parto⁽¹⁹⁾.

Além disso, o parto domiciliar favorece a criação de vínculo entre o binômio mãe-filho por meio do contato pele a pele no momento do nascimento e amamentação nas primeiras horas de vida⁽¹⁰⁾. Sobretudo, o momento do nascimento não deve ser descontinuado, pois é nessa ocasião que os reflexos naturais iniciam, como o surgimento do reflexo de sucção do bebê com a procura pelo seio materno⁽²¹⁾. Esse vínculo foi fortemente experienciado não só pelas mulheres do estudo, como também por seus companheiros, que vivenciaram o processo de parto e nascimento ativamente e puderam acompanhar o início da amamentação.

A segurança sobre a escolha do local de parir se mostrou ligada, principalmente, à qualificação das pessoas que realizam a assistência ao parto⁽⁸⁾ e ao plano de remoção para hospital de referência, em eventuais complicações. Nesse contexto, com base em desfechos maternos e neonatais positivos, confirma-se a segurança do PDP para mulheres de risco habitual e assistidas por profissionais capacitadas. Isso coloca em evidência que a assistência realizada por EO qualificadas não acrescenta risco ao parto e nascimento, além de apresentar índices de complicações semelhantes aos registrados no ambiente hospitalar⁽¹²⁾.

A enfermagem obstétrica tem expandido sua área de atuação acrescentando conhecimento científico por meio de cursos de especialização e atualização nas práticas obstétricas, favorecendo, assim, uma postura ativa, em especial com a criação de serviços de parto humanizado, como as casas e centros de parto normal, e a execução do parto domiciliar⁽²²⁾.

Em relação a isso, as EO visam à utilização de práticas baseadas em evidências científicas e de humanização ao parto, tais como a liberdade de posição e movimento, a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor e o uso de palavras de encorajamento para a mulher⁽³⁾. As mulheres percebem o cuidado pelas EO como favorecedor da autonomia e incentivo sobre a capacidade das gestantes de dar à luz no domicílio de forma natural, o que contribui para uma evolução fisiológica e positiva do parto, menor percepção dolorosa e respeito ao vínculo entre mãe e filho no nascimento.

A participação da doula abrange o suporte físico e emocional. No suporte físico, com técnicas de respiração, posicionamento, caminhada e movimentos corporais. No suporte emocional, com a escuta ativa, o acolhimento, o incentivo e na informação, com orientações sobre intervenções obstétricas e informações para familiares⁽¹⁴⁾. A doula auxilia no alívio da dor com o uso de massagens de conforto, movimentação do corpo com a bola, musicoterapia, hidroterapia e meditação, ações desempenhadas com conhecimento técnico e amor.

Nesse sentido, confirma-se a necessidade de os profissionais que prestam assistência obstétrica respeitarem os fatores fisiológicos e biológicos, considerando os aspectos psicoemocionais envolvidos no processo de parto, com o mínimo de intervenções possíveis⁽¹⁵⁾. São atitudes de cuidado humano que consideram a individualidade e a singularidade de cada mulher, na sua experiência relacionada ao parto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou compreender os significados e experiências das mulheres que vivenciaram o parto domiciliar planejado assistido por enfermeira obstétrica e a motivação [das mulheres] para essa escolha.

As experiências das mulheres convergem para o exercício da autonomia e respeito à individualidade. Evidencia-se o protagonismo daquelas que vivenciaram um parto natural e livre de intervenções. A assistência obstétrica foi centrada nas necessidades da parturiente, proporcionou confiança, segurança, tranquilidade e respeito às suas escolhas e à fisiologia do parto. O descontentamento com o modelo de assistência vigente, a participação em grupo de gestantes, o acesso a informações e a vivência de violência obstétrica anterior foram motivações para a escolha do PDP, que significou vitória e libertação.

O estudo contribui para a visibilidade da atuação da enfermagem obstétrica, também no âmbito domiciliar. Aponta-se a necessidade de as gestantes terem acesso à informação sobre parto durante o pré-natal e de ampliar a assistência ao parto por EO às mulheres que desejam o PDP. Políticas públicas de assistência ao parto normal podem viabilizar isso.

A coleta de dados restringiu as entrevistas às mulheres que experienciaram o PDP, o que pode ser uma limitação do estudo. Sugere-se investigar o fenômeno também na ótica dos familiares ou pessoas de escolha da mulher, que estiveram presentes no processo de parto.

PLANNED HOME BIRTH ASSISTED BY A MIDWIFE NURSE: MEANINGS, EXPERIENCES AND MOTIVATION FOR THIS CHOICE

ABSTRACT

Objective: to understand the meanings and experiences of women who dealt with planned home birth assisted by a nurse midwife and the motivation (of these women) for this choice. **Methodology:** qualitative, exploratory and descriptive study, with 16 women, performed by means of semi-structured interviews and analyzed by the assumptions of thematic content analysis. **Results:** the women experienced childbirth with tranquility, autonomy and respect, and they chose the positions and people of their preference. Childbirth had a meaning of victory and liberation, whose experience was described as unforgettable, fantastic, intense and carried out by the woman. The dissatisfaction with the current model of care, the participation in a group for pregnant women, the access to information and the experience of previous obstetric violence motivated women to choose home birth. **Final considerations:** the women's experiences converge towards the exercise of autonomy and respect for individuality. The leading role of women who experienced a natural birth and free of interventions, should be highlighted. Obstetric care was focused on the parturient woman's needs, provided confidence, security, tranquility and respect for her choices. There is a need to expand childbirth care provided by nurse midwives to women who wish to have a planned home birth. Public policies for childbirth care can make this possible.

Palavras-chave: Nurse Midwives. Obstetric Nursing. Home Childbirth. Natural Childbirth. Humanizing Delivery.

PARTO DOMICILIARIO PLANIFICADO ASISTIDO POR ENFERMERA OBSTÉTRICA: SIGNIFICADOS, EXPERIENCIAS Y MOTIVACIÓN PARA ESTA ELECCIÓN

RESUMEN

Objetivo: comprender los significados y las experiencias de las mujeres que vivieron el parto domiciliario planificado asistido por enfermera obstétrica y la motivación (de las mujeres) para esta elección. **Metodología:** estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, con 16 mujeres, realizado a través de entrevista semiestructurada y analizado por los supuestos del análisis de contenido temático. **Resultados:** las mujeres experimentaron el parto con tranquilidad, autonomía y respeto, eligieron las posiciones y las personas de su preferencia. El parto tuvo un significado de victoria y liberación, cuya experiencia se describió como inolvidable, fantástica, intensa y protagonizada por la mujer. La insatisfacción con el modelo de atención actual, la participación en grupo de mujeres embarazadas, el acceso a informaciones y la experiencia de violencia obstétrica anterior motivaron a las mujeres a optar por el parto domiciliario. **Consideraciones finales:** las experiencias de las mujeres convergen para el ejercicio de la autonomía y respeto a la individualidad. Se evidencia el protagonismo de las mujeres que experimentaron un parto natural y libre de intervenciones. La atención obstétrica se centró en las necesidades de la parturienta, proporcionó confianza, seguridad, tranquilidad y respeto con sus elecciones. Se señala la necesidad de ampliar la atención al parto por enfermeras obstétricas a las mujeres que desean el parto domiciliario planificado. Las políticas públicas de atención al parto pueden hacer esto posible.

Palabras clave: Enfermeras Obstétricas. Enfermería Obstétrica. Parto Domiciliario. Parto Normal. Parto Humanizado.

REFERÊNCIAS

1. Gurara M, Muldermans K, Jacquemyn Y, Geertruyden JV, Draulans V. Traditional birth attendants' roles and homebirth choices in Ethiopia: A qualitative study. *Women Birth* (Online).

2020; 33(5):e464-e472. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.09.004>.

2. Matão MEL, Miranda DB, Costa BP, Borges TP. A visão médica do parto domiciliar: factível ou utópico?. *Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min.* 2016; 6(2):2147-2155. Doi: <https://doi.org/10.19175/recom.v6i2.983>.

3. Prates LA, Timm MS, Wilhelm LA, Cremonese L, Oliveira G, Schimith MD et al. Being born at home is natural: care rituals for home birth. *Rev. Bras. Enferm.* 2018; 71:1247-1256. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0541>.
4. Sanfelice CFO, Shimo AKK. Good practices in home births: perspectives of women who experimented birth at home. *Rev. Eletrônica Enferm.* 2016; 18:e1159. Doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.31494>.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília; 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.
6. Backes MTS, Carvalho KM, Santos EKA, Backes DS, Ribeiro L, Amorim TS. The prevalence of the technocratic model in obstetric care from the perspective of health professionals. *Rev. Bras. Enferm.* 2021; 74:1-06. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0689>.
7. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva; 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=A1379445345053F27CC354E0BCDA4E85?sequence=1>.
8. Collaco VS, Santos EKA, Souza KV, Alves HV, Zampieri MFM, Gregório VRP. The meaning assigned by couples to planned home birth supported by nurse midwives of the hanami team. *Texto Contexto Enferm.* 2017; 26: e6030015. Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006030015>.
9. Skrondal TF, Bache-Gabrielsen T, Aune I. All that I need exists within me: A qualitative study of nulliparous Norwegian women's experiences with planned home birth. *Midwifery.* 2020. 86: e102705. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102705>.
10. Ahl M, Lundgren I. Working with home birth – Swedish midwives' experiences. *BMJ Sex. Reprod. Health.* 2018;18:24-29. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.08.006>.
11. Minayo MCS; Deslandes SF; Neto OC; Gomes R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.* 34(108). Rio de Janeiro: Vozes, 2015. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>.
12. Cursino TP, Benincasa M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020; 25:1433-1444. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.13582018>.
13. Silva TM, Lopes MI. A expectativa do casal sobre o plano de parto. *Rev. Enf. Ref.* 2020; 5(2), e19095. Doi: <https://doi.org/10.12707/RIV19095>.
14. Borja TJ, Freitas WMF, Santos LS, Nascimento BGS, Lima DRA, Silva JCMC. Care provided by doulas at a public maternity hospital: parturient women's view. *Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min.* 2018; 8:e-2878. Doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2878>.
15. Marins RB, Cecagno S, Golçalves KD, Braga LR, Ribeiro JP, Soares MC. Care techniques for pain relief in birthing. *Rev. Pesqui.* 2020; 275-280. Doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8502>.
16. Messias ALS, Chagas VO, Rezende FR, Prado GRP, Assis TR. Obstetric Violence: experiences of puerperal primiparae in a public maternity. *Ciênc., Cuid. Saúde.* 2018; 17(1). Doi: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v17i1.40258>.
17. Narayen IC, Kaptein AA, Hogewoning JÁ, Blom NA, Pas AB. Maternal acceptability of pulse oximetry screening at home after home birth or very early discharge. *Eur. J. Pediatr.* 2017; 176:669–672. Doi: 10.1007/s00431-017-2883-2.
18. Koettker JG, Bruggemann OM, Freita PF, Riesco MLG, Costa R. Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2018; 52. Doi: 10.1590/s1980-220x2017034003371.
19. Santos SS, Boeckmann LMM, Baraldi ACP, Melo MC. Resultados de partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas. *Rev. Enferm. UFSM.* 2018; 8(1):129-143. Doi: 10.5902/2179769228345.
20. Blix E, Kumle MH, Ingversen K, Huitfeldt AS, Hegaard HK, Olafsdottir AO et al. Transfers to hospital in planned home birth in four Nordic countries – a prospective cohort study. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2016; 95:420-428. Doi: 10.1111/aogs.12858.
21. Takayama T. Is the place of birth related to the mother's satisfaction with childbirth? A cross-sectional study in a rural district of the Lao People's Democratic Republic (Lao PDR). *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019; 19:333. Doi: 10.1186/s12884-019-2483-4.
22. Ramos WMA, Aguiar BGC, Conrad D, Pinto CB, Mussumeci PA. Contribution of obstetric nurse in good practices of childbirth and birth assistance. *Rev. Pesqui.* 2018; 10(1):173-179. Doi: 10.9789/2175-5361.2018.v10i1.173-179.

Endereço para correspondência: Taís Regina Schapko. Rua Ivo de Faveri, nº 75. Jardim Ascari. Santa Terezinha de Itaipu, Paraná, Brasil. Telefone: (45) 99912-9304. E-mail: tais-regina.s@hotmail.com

Data de recebimento: 21/03/2021

Data de aprovação: 29/01/2022