



Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM  
AURORA DE AFONSO COSTA



Artigos Originais



## Motivações para o parto domiciliar planejado: estudo descritivo exploratório

Thamires Fernandes Cardoso da Silva Rodrigues<sup>1</sup>,  
Lorena Vicentine Coutinho Monteschio<sup>1</sup>, Eliana Cismer<sup>2</sup>,  
Maria das Neves Decesaro<sup>1</sup>, Deise Serafim<sup>1</sup>, Sonia Silva Marcon<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Maringá

<sup>2</sup> Serviço de Assistência ao Parto Domiciliar e Hospitalar – Semilla

### RESUMO

**Objetivo:** apreender as motivações que levaram os casais a optarem pelo parto domiciliar planejado. **Método:** estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa, com oito casais que optaram pelo parto domiciliar, indicados pelos profissionais que prestaram a assistência ao parto entre 2014 a 2016. Os dados foram coletados entre julho e agosto de 2016, por meio de entrevistas gravadas, transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo. **Resultados:** emergiram três categorias: “Medo da perda de autonomia no ambiente hospitalar”, “Sentimento de segurança no parto domiciliar” e “O apoio e a valorização do companheiro”. **Conclusão:** a opção por este local de parto vincula-se ao desejo da mulher pelo parto natural quando da constatação de uma gestação sem intercorrências, porém o medo do ambiente hospitalar promoveu a busca pelo parto domiciliar planejado com o apoio do companheiro. O empoderamento feminino mostrou-se fundamental para que os casais pudessem debater e firmar suas escolhas.

**Descritores:** Parto Domiciliar; Parto Natural; Humanização do Parto; Relações Familiares.

## INTRODUÇÃO

As mulheres brasileiras buscam no parto domiciliar planejado (PDP) uma alternativa ao cenário de assistência obstétrica atual, que se destaca pelo excesso de cirurgias cesarianas e pelo parto vaginal hospitalar acompanhado de diversas intervenções. A escolha por esse *loco* geralmente envolve toda a estrutura familiar, pois na cultura popular o PDP ainda não se legitimou e há pouco conhecimento acerca do mesmo<sup>(1)</sup>.

O modelo de atenção obstétrica no Brasil configura-se por ser hospitalocêntrico, tecnicista e medicalizado, que expõe a mãe e o bebê a maiores riscos de morbidade e mortalidade e, ainda, aumenta desnecessariamente os gastos com a saúde<sup>(2)</sup>. No ano de 2016, cerca de 98% dos partos no Brasil ocorreram em ambiente hospitalar<sup>(3)</sup>, o qual pode ser o palco de violência institucional e violação dos direitos da mulher e da criança<sup>(2)</sup>.

Contrapondo a este modelo, o PDP vem despontando por integrar práticas mais humanizadas ao parto e nascimento, respeitando-se a fisiologia e as escolhas da mulher. Países como Holanda, Canadá, Estados Unidos, Dinamarca, Suécia, Irlanda, Nova Zelândia e Austrália não apenas reconhecem tal prática, como também a incentivam. Isto ocorre devido às suas concepções, que buscam desvincular-se da medicalização e da tecnologia obstétrica que desconsideram as especificidades de cada mulher, além de conferir menor risco a eventos adversos quando comparada com a atenção realizada no âmbito hospitalar<sup>(4-6)</sup>.

Nesse sentido, parto e nascimento são vislumbrados como acontecimentos que modificam a vida das famílias e geralmente apresentam risco habitual<sup>(2)</sup>. Esta percepção encoraja a escolha do domicílio para a parturição, pois os casais compreendem que esta ambiência lhes

permite maior autonomia, participação ativa dos familiares<sup>(4-5)</sup> e segurança, pois, por se tratar de um PDP, há o apoio integral e individualizado de profissionais e, se necessário, o suporte de *backup* com médico e serviço especializado de referência<sup>(5)</sup>.

O enfoque das discussões desse estudo se estabelece nos questionamentos acerca do PDP, dirigindo-o às percepções vinculadas ao casal. Diante do exposto, estabeleceu-se como objetivo: apreender as motivações que levaram os casais a optarem pelo PDP.

## MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo exploratório, de natureza qualitativa, realizado em município da região Sul do Brasil e que aborda a experiência de oito casais que optaram pela realização do PDP, entre os meses de março de 2014 e março de 2016.

O PDP neste município é realizado desde 2012, por enfermeiras, sendo duas com especialização em obstetrícia e uma em neonatologia. Conta também com um médico que não atua no domicílio e sim como referência para os casos de intercorrência. O trabalho desenvolvido por esta equipe envolve o acompanhamento durante todo o pré-natal, com atendimento individualizado ao casal no domicílio e em grupos de gestantes. Ressalta-se que este acompanhamento é paralelo ao realizado pelo médico de escolha da gestante, com consultas e exames.

No decorrer do trabalho de parto e parto, a equipe desloca-se ao domicílio escolhido para o parto, com suporte técnico necessário, que inclui materiais para emergências ou intercorrências e para alívio da dor, como bola, banqueta e massagador. Nesse período, proporciona-se apoio físico e emocional centrado na família. O acompanhamento domiciliar segue no puerpé-

rio imediato, tanto para mulher quanto para o recém-nascido.

Os informantes foram oito mães e cinco pais localizados de forma intencional, a partir da indicação das enfermeiras que realizam este serviço ou dos próprios participantes. Ressalta-se que, antes da indicação, as enfermeiras entraram em contato com os casais para informar sobre o estudo e verificar sua concordância em participar do mesmo. Em caso positivo, as pesquisadoras realizaram contato telefônico para explicitar o objetivo do estudo, solicitar a participação voluntária e anônima e agendar dia e local para um encontro presencial. Dos contatos realizados houve apenas uma recusa, devido à mudança de cidade. Três companheiros não puderam participar por indisponibilidade de horário.

Os dados foram coletados nos meses de julho e agosto de 2016, por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas em local escolhido pelos participantes, sendo uma na universidade, outra em uma cafeteria e as demais nos domicílios. Elas tiveram duração média de 50 minutos e foram áudiogravadas após consentimento e, posteriormente, transcritas na íntegra. As entrevistas foram realizadas por duas das autoras, ambas enfermeiras, sendo que a entrevistadora principal tinha experiência em saúde materno-infantil e treinou a segunda que era recém-formada. Uma participante conhecia a entrevistadora principal por sua participação voluntária e esporádica nos grupos de gestantes.

No intuito de resguardar a identidade dos depoentes, cada família recebeu um número, que lhe foi atribuído conforme a ordem em que as entrevistas ocorreram. Posteriormente, editaram-se as falas para retirar os vícios de linguagem e erros gramaticais, a fim de conferir maior fluidez à leitura dos discursos, sem, contudo, alterar seu sentido e conteúdo<sup>(7)</sup>.

Os depoimentos foram submetidos à análise de conteúdo, modalidade temática, seguindo as fases operacionais fundadas na: constituição do corpus, leitura flutuante, exploração do material, composição das unidades de registro correspondente a unidade de significação (recorte das falas), com posterior classificação para compor as categorias segundo critério semântico, ou seja, os conteúdos com sentidos semelhantes foram agrupados, o que culminou em categorias temáticas<sup>(7)</sup>. As entrevistas originaram 90 unidades de registros. A partir do agrupamento temático, formaram-se 17 subcategorias e, por fim, emergiram três categorias, conforme Figura 1.

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pelo Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, por meio da Resolução nº 466/12<sup>(8)</sup>. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) sob o parecer nº 1.636.468, no dia 14 de julho de 2016.

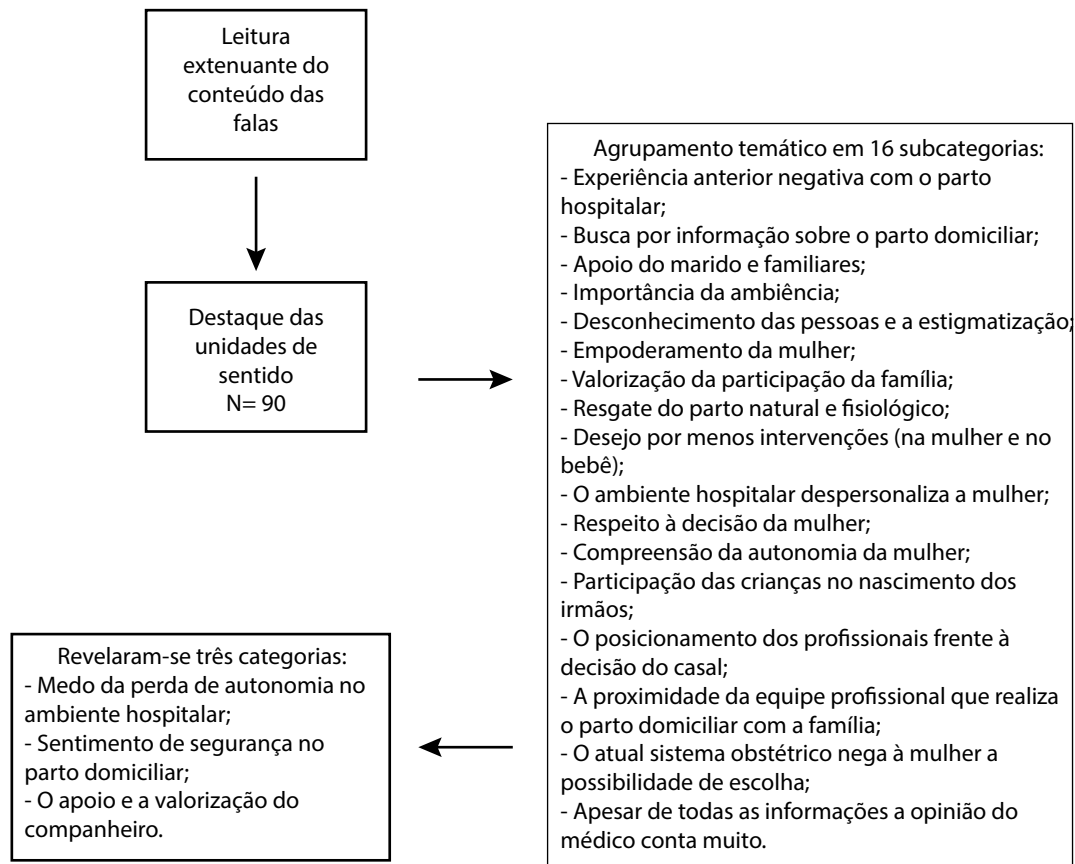
## RESULTADOS

Participaram do estudo 13 pessoas, sendo oito mães e cinco pais, todos com ensino superior completo. A média de idade das mães e dos pais foi de 30 e 33 anos, respectivamente. Dentre as mães, apenas uma era primípara, duas tiveram partos cesarianos, duas partos vaginais hospitalares, duas partos domiciliares e uma teve um parto vaginal hospitalar e outro domiciliar.

Após a leitura extenuante do material, emergiram três categorias, descritas a seguir.

### *Medo da perda de autonomia no ambiente hospitalar*

O medo de perder a autonomia acerca das decisões sobre o processo de parir esteve pre-



**Figura 1.** Organograma explicativo sobre o processo de definição das categorias temáticas. Município do Sul do Brasil, 2016

sente tanto nas falas das mulheres que vivenciaram partos anteriores quanto na que não tinha filhos. De acordo com as depoentes, o ambiente hospitalar mostrava-se hostil, desencadeando ansiedade e principalmente medo de não ter liberdade suficiente para fazer as escolhas relativas a seu próprio corpo e ao nascimento de seu filho. Muitas também se preocupavam com a falta de respeito às escolhas feitas, além da imposição de rotinas hospitalares ou intervenções obstétricas que não coincidiam com o desejo do casal.

No hospital foi bem ruim. Não respeitaram a minha vontade, não pude ficar na posição que eu queria. (Mãe 01)

Eles (profissionais) nos mandam deitar de barriga para cima, que é a pior posição do mundo quando você está tendo contrações. (Mãe 02)

Acho que a questão de ser um ambiente mais hostil, de ter tantas intervenções, um ambiente que não traz confiança, na verdade, é estranho falar isso, mas é assim, acho que é a principal justificativa. (Mãe 05)

O problema é que eu não queria mais intervenções, até por isso que eu queria em casa, porque sabia que estaria mais suscetível a elas no hospital devido à primeira experiência. (Mãe 08)

O despreparo dos profissionais em lidarem com o casal em um momento repleto de expectativas e emoções gera frustrações nos pais.

Foi muita instrução errada, a todo o momento entrava uma enfermeira diferente querendo me examinar ou falando para eu fazer força quando não era para fazer. (Mãe 02)

Os profissionais não sabiam me oferecer nenhum tipo de alívio de dor; não tinha uma bola ou um chuveiro que eu pudesse entrar. (Mãe 03)

Eu particularmente não gosto da influência das enfermeiras com o paciente, no hospital, esta coisa tão fria, tão impessoal e o quanto isto tem impacto sobre mim! (Mãe 07)

Identificou-se que os casais que passaram pela experiência hospitalar demonstraram reconhecer a importância de uma ambiência adequada para o parto, o que em suas concepções não tiveram oportunidade de experimentar, ao contrário, alguns se sentiram desprotegidos. Outro aspecto intrigante refere-se à forma como o hospital despersonaliza a mulher e realiza tratamentos rotineiros e invasivos também ao recém-nascido.

Na hora que eu dei entrada no hospital as contrações pararam. Eu percebi que era aquele ambiente, as pessoas perguntando muita coisa, escrevendo em formulários e ainda disseram que eu não poderia comer ou beber! Aquilo foi me deixando nervosa. Eu percebi que para eles (profissionais) o normal era um parto cheio de intervenções, tanto em mim quanto no meu filho, e eu já tinha minhas escolhas! (Mãe 04)

Nós ficamos sozinhos, despreparados, trancados em um quarto e ela (esposa) com muita dor, eu fiquei muito assustado, para mim foi traumático. (Pai 03)

Experiência ruim, na verdade, é no hospital, onde te tratam como carne e não estão nem aí para você! (Mãe 01)

Eu cheguei ao hospital e já começaram: "Coloca esse aventalzinho!". Mas eu iria ficar no corredor do hospital com esse aventalzinho? Eu não quero! Lá a gente é tratada como um ET (extraterrestre)! (Mãe 03)

Meu filho não é um frango, não quero que ele seja mais um desse processo produtivo. Porque não vai ter episiotomia, mas vão fazer outros procedimentos nele (bebê)? (Pai 06)

### *Sentimento de segurança no parto domiciliar*

Dentre as motivações que conduziram para opção pelo parto domiciliar, o sentimento de segurança mostrou-se fundamental. A confiança nos profissionais, a existência de uma gestação sem intercorrências e a possibilidade de receberem amparo, apoio e cuidado afetuoso foram destaques nas falas dos casais. Vale ressaltar que mediante o desejo inicial de experimentar um parto mais natural, os casais passaram a buscar mais informações que pudessem fundamentar e alicerçar suas escolhas. Neste sentido, passaram a participar de grupos de gestantes alternativos, localizados a partir da rede social, a discutir possibilidades, os prós e os contras desta experiência com amigos e profissionais, e em mídias sociais, o que incluiu vídeos, filmes e artigos científicos.

Eu pesquisei e vi sobre o parto humanizado e aí foi que eu encontrei o grupo de gestantes e fui atrás para me informar sobre isso, entrei no grupo e comecei a pesquisar. Se você não for a fundo e pesquisar, você não vai conseguir. (Mãe 06)

Nós estudamos muito durante a gestação, lemos muitos artigos, nós conversamos com muitas pessoas, não foi uma escolha passiva, foi bem estudada! (Mãe 04)

Eu passei a desejar mesmo o domiciliar quando saiu o filme Renascimento do parto. (Mãe 08)

Nós procuramos o serviço de doulagem aqui no município, e por intermédio das meninas nós conhecemos o grupo de gestantes, começamos a frequentá-lo e foi aí que optamos pelo parto domiciliar. (Mãe 01)

A gestação ocorre sem adversidades e o cuidado profissional de qualidade, respeitoso e humanizado conferiram suporte para a opção.

Foi uma gestação tranquila, não tive nada, nenhuma alteração, nada de pressão, nada que não fosse levar a um parto tranquilo. A doula e a enfermeira obstetra, elas foram uns amores para mim. (Mãe 06)

Não vale a pena hospital para mim, só valeria se eu tivesse um risco, essa é a minha convicção, mas como não tinha risco nenhum; realmente não tinha nada para dar errado, porque a minha gestação foi toda certinha. (Mãe 07)

Foi uma gravidez de baixo risco. (Mãe 05)

A equipe me apoiando em tudo, respeitando todas as minhas solicitações que nós já tínhamos discutido antes, e foi maravilhoso! Foi um parto com muito respeito e muito amor. (Mãe 01)

O que fez toda a diferença foi à enfermeira obstétrica, ela foi ótima! Ela é quem ficou conosco o tempo inteiro. (Mãe 02)

O desejo e empoderamento da mulher constituiu fator decisivo para idealizar a realização do parto no domicílio, enquanto o apoio do companheiro e de outros familiares mostrou-se fundamental para a concretização do que foi idealizado.

Eu sempre quis, porque a decisão é minha no final das contas! (Mãe 01)

Era uma decisão minha. A partir daí todo mundo apoiou. (Mãe 02)

Acho que a mulher que passa por todo o processo. Então, é o desejo dela, o sonho dela, então, para mim, foi tranquilo. Quer fazer em casa? Vamos fazer em casa. (Pai 08)

Era uma coisa bem natural para mim; minha mãe nos teve de parto normal, minhas avós, todo mundo, então, era uma coisa bem natural pensar nisso. (Mãe 05)

Nós sempre quisemos da forma mais natural possível. (Pai 06)

A minha esposa é muito ligada na questão de nascer o mais natural possível e percebemos que o domiciliar era o mais humanizado. (Pai 04)

### *O apoio e a valorização do companheiro*

Apesar de a proposta inicial partir da mulher, o pai desempenhou papel importante em todo o processo, desde a gestação até o momento do parto.

A participação deles (família) foi indispensável, principalmente a do meu marido. Nossa, ele me apoiou em tudo! A forma, o amor, o respeito, apoio, tudo isso. (Mãe 01)

Ele (marido) foi muito tranquilo, teve a sensibilidade, tanto no meu primeiro parto quanto no segundo, foi realmente meu apoio! Ele se sentiu responsável por me proteger. (Mãe 04)

No parto humanizado, nesse que as meninas (equipe que realiza o parto domiciliar) vinham aqui em casa, eu participei de quase tudo! Eu tentei acompanhá-la em todo o pré-natal. Nós (homens) temos que participar! (Pai 03)

Os casais manifestaram seu contentamento ao vivenciar esta experiência tão repleta de significados, emoções e sentimentos. Atribuíram a este momento um sentido de intensa conexão entre os pares. Ainda, afirmaram que, na possibilidade de haver futuros filhos, optariam novamente pelo parto domiciliar.

Eu falei para minha esposa que se nós tivéssemos um terceiro filho, só poderia ser assim! Porque tudo se encaminhou, o corpo dela e da minha filha que se encarregaram de tudo. Acho que até eu seria o parteiro! (risos) (Pai 04)

Não está nos planos o terceiro filho, mas se tivesse, eu teria de novo aqui em casa! (Mãe 03)

Acho que todos deveriam passar por esse momento. Participar de tudo isso foi único para mim! (Pai 06)

## **DISCUSSÃO**

As motivações que levaram os casais a optarem pelo PDP foram singulares, inter-relacionadas e envolveram, entre outros aspectos, o medo da perda de autonomia no ambiente hospitalar, o sentimento de segurança no loco domiciliar e a necessidade de apoio do companheiro. Neste contexto, entre os casais que havia vivenciado um primeiro parto no âmbito hospitalar predominaram expressões sobre a necessidade de experimentar algo mais natural, acolhedor e respeitoso em relação ao corpo da mulher e as necessidades do bebê. Os mesmos desejos foram partilhados por aqueles sem vivência anterior. Nos dois casos se percebe a influência de um estilo de vida marcado por hábitos mais saudáveis e uma história familiar de parto (não planejado) no domicílio. Nesta perspectiva, o ambiente e suas características podem facilitar ou atrapalhar a evolução do parto. No entanto, ao longo do tempo, o parto passou de um evento natural e fisiológico que ocorria em casa, geralmente acompanhado por familiares, em algo patológico, repleto de

intervenções medicamentosas e cirúrgicas<sup>(4,9-10)</sup>. Este contexto leva as pessoas a reconhecerem o domicílio como sinônimo de aconchego e segurança, e local onde a autonomia da mulher é respeitada e a evolução do trabalho de parto ocorre naturalmente, não sendo ameaçado por interrupções externas<sup>(4-5)</sup>.

A necessidade percebida pelas mulheres se deve, principalmente, às experiências anteriores, que produziram a sensação de expropriação do próprio corpo, além de basear-se em um atendimento tecnicista, marcado pela ausência de relacionamento humano, empatia, toque e afetividade. Tal prática despersonaliza a parturiente, que neste momento encontra-se vulnerável, tornando-a um objeto, incapaz de expor suas vontades e direitos. Portanto, a conduta passiva do casal, regida por normas e condicionamentos impostos pelos profissionais, aliada à prática de medicalização do parto, à impossibilidade de participação da família e, inclusive, à restrição alimentar, geram referências traumáticas do parto no ambiente hospitalar<sup>(1,11)</sup>. Desta forma, os efeitos negativos do uso excessivo de tecnologias são imensuráveis, pois uma intervenção não justificada desencadeia muitas outras, cujos resultados nem sempre são favoráveis ao processo do parto e nascimento<sup>(4-5)</sup>.

O ambiente hospitalar foi definido pelos entrevistados como um "lugar hostil", o qual predomina uma relação social que não contempla as necessidades das mulheres no seu processo de parir, fazendo com que estas se sintam excluídas de algo que naturalmente lhes pertence<sup>(12)</sup>. Destarte, a vivência traumática constituiu uma das principais justificativas que impulsionaram a busca por algo que lhes proporcionasse outro sentido sobre a parturição. O temor relacionado ao ambiente hospitalar também foi identificado em estudo realizado em Serra Leoa, no qual se constatou que entre a população residente na área rural e de baixa renda, o medo de sofrer

humilhações e violência obstétrica constituíram os principais motivos para optarem pelo parto realizado por parteiras e no domicílio<sup>(2,12)</sup>.

Nesse sentido, os casais iniciam a procura por informações sobre um tipo de parto que atenda às suas necessidades e anseios, especialmente em relação aos princípios de humanização e segurança para a díade mãe-bebê<sup>(5)</sup>, mas que também respaldem suas escolhas. Neste quesito, suas buscas são efetivas, pois existem evidências de que em uma gestação de risco habitual, parir em casa representa menores riscos para a mulher e a criança<sup>(4-5)</sup>.

Os relatos mostram que a tomada de decisão foi mediada pela procura por informações, com o intuito de sanar dúvidas e curiosidades relacionadas aos paradigmas que cercam o parto domiciliar. Portanto, o acesso a informações consistentes e com base científica, associado ao relato de experiências positivas vivenciadas por outras pessoas, mesmo que desconhecidas, e à opinião de profissionais e pessoas de confiança, foi essencial para que o casal concretizasse a opção por este local de nascimento. Esse comportamento corrobora o que tem sido identificado na literatura<sup>(12)</sup>. Destaca-se que quando as pessoas têm um estilo de vida mais natural e possuem condições socioeconômicas que lhes permitem arcar com os custos, o compartilhamento de experiências bem sucedidas constitui o elemento propulsor para o desejo de um parto singularizado e pleno, além de conferir maior segurança e bem-estar<sup>(4)</sup>.

O desejo de resgatar a capacidade natural do corpo feminino para a realização do parto natural, tão desejado e benéfico para a mãe e o bebê, também constituiu escopo das motivações para a opção por esse local de parto. Deveras, as mulheres anseiam por respeito às suas especificidades, aos seus corpos e à fisiologia do parto e nascimento, que está intrínseca em cada uma<sup>(5)</sup>. Nesse aspecto, ressalta-se que apesar



dos resultados positivos serem atribuídos a esse modelo de atenção ao parto, características e atitudes das mulheres, como determinação e cultura, também desempenham um papel relevante. Contudo, é o “empowerment” que lhes permite debater e firmar suas escolhas<sup>(2,13)</sup>.

Este empoderamento se constrói antes mesmo da gestação, à medida que a mulher toma para a si a responsabilidade de garantir sua saúde reprodutiva, de adotar escolhas responsáveis, exigir seus direitos e advogar por mudanças de paradigmas em relação ao seu papel na sociedade<sup>(2)</sup>. Estas convicções tornam a mulher mais confiante e bem preparada para o nascimento dos filhos, proporcionando o senso de controle sobre seu destino, bem como a participação ativa na tomada de decisão relacionada à suas experiências<sup>(2,9,14)</sup>.

Nesse sentido, cabe aos profissionais de saúde auxiliar as mulheres no processo de decisão sobre o tipo de parto, valorizando suas escolhas, respeitando os seus direitos, autonomia, cultura e crenças. Também compete aos profissionais promover um cuidado centrado nas necessidades da mulher no período gravídico puerperal, transcendendo abordagens contratuais no relacionamento profissional-cliente, ao invés de meramente considerar o padrão legal de consentimento informado como instrumento de autonomia das pessoas<sup>(9,12,15)</sup>.

Para os casais em estudo, a opção pelo PDP personificou-se na mulher, sendo que os parceiros concordaram, apoiaram e compartilharam da decisão. Relataram respeito à vontade da companheira, compreenderam que a autonomia sobre o corpo feminino compete à mulher, e que o papel fundamental do parceiro, nestes casos, consiste em oferecer apoio e segurança<sup>(16-17)</sup>. Ainda, o apoio do companheiro mostrou-se fundamental para a concretização do nascimento no ambiente familiar e contribuiu para a vivência em plenitude dos sentimentos ligados ao parto.

Tal achado revela o início de mudanças de paradigmas e papéis desenvolvidos por homens e mulheres na sociedade brasileira, pois, em alguns países, o gênero limita o direito de mulheres optarem pelo tipo e local do parto<sup>(2,12)</sup>.

Nessa perspectiva, além dos benefícios conferidos à saúde da mãe e do bebê, o domicílio possibilita o maior envolvimento não apenas do pai, mas das crianças e dos demais membros da família. Nesse aspecto, os achados comprovam a hipótese de que o ambiente doméstico contribui para o fortalecimento das relações sociais, resgatando o protagonismo dos indivíduos durante a parturição<sup>(17-18)</sup>. Isto se mostra possível por este *loco* integrar componentes que remetem ao aconchego, ao acolhimento, à familiaridade e ao sentimento de segurança, estimulando as mulheres a expressarem suas necessidades e a serem autênticas no seu comportamento. Assim, essa ambiência induz os profissionais a adequarem a assistência à família, fazendo com que as práticas de saúde tornem-se cada vez mais humanizadas e holísticas<sup>(10,11)</sup>.

Outro aspecto importante, mas que costumeiramente é negligenciado se refere ao efeito positivo desta experiência sobre os nascimentos futuros. Porquanto, ao vivenciar o parto no ambiente domiciliar, as mulheres têm condição de planejar, com maior propriedade e segurança, os partos futuros, reduzindo a possibilidade de intervenções desnecessárias<sup>(19)</sup>.

Por fim, o “ato de parir” tornou-se um rito de passagem que, quando ocorre em casa, permite à mulher e a sua família uma experiência singular, marcada pelo fortalecimento dos vínculos familiares e o sentimento de plenitude e satisfação com o êxito do evento. E, para as mulheres com experiência anterior no ambiente hospitalar, o parto domiciliar permite a superação de decepções e medos, bem como autoafirmação sobre algo que lhe foi dito ser incapaz de realizar<sup>(18,11)</sup>.

Vale ressaltar que os casais entrevistados possuíam características sociodemográficas semelhantes, porém distintas da maioria da população, pois possuem condições socioeconômica e escolaridade elevadas. Esta particularidade favorece a opção por essa assistência, uma vez que o custo da mesma é elevado e ainda não é ofertada pelos serviços públicos de saúde no Brasil. Entretanto, seus resultados podem contribuir para a melhoria da assistência obstétrica, visto que mostram que o desejo por um parto domiciliar é desencadeado, em parte, pelo descontentamento e frustração com experiência hospitalar anterior, marcada por impessoalidade, desrespeito à autonomia feminina e imposição de intervenções e rotinas.

## CONCLUSÃO

Os resultados do estudo mostram que as motivações dos casais que optaram pelo PDP relacionaram-se inicialmente ao medo da mulher perder a autonomia sobre o próprio corpo no ambiente hospitalar - motivada ou não por uma experiência traumática e a seu desejo de vivenciar uma parturição singular e natural. O desejo inicial é fortalecido com o apoio do companheiro e é consolidado a partir do acesso a informações que mostram os resultados benéficos desta experiência, a constatação de uma gestação sem intercorrências, confiança na equipe que acompanha o casal nesta trajetória e, finalmente, o empoderamento feminino para concretizar a escolha. Destaca-se que todas as famílias se mostraram satisfeitas com a experiência.

Os dados também apontam ser necessário que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros por reproduzirem o cuidado, se atentem para as especificidades do casal, respeitando sua autonomia, escolhas, cultura e

crenças, para que possam dispensar um cuidado que abarque as reais demandas dessas famílias, incorporando a visão holística e humanizada na assistência prestada durante o processo de reprodução.

Sugere-se que investigações futuras abordem os profissionais de saúde, para que crenças, perspectivas, temores e estigmas em relação ao PDP possam ser melhor discutidos e, deste modo, subsidiar uma atuação obstétrica diferenciada e, ainda, que esta experiência possa ser proporcionada a um maior número de famílias.

## REFERÊNCIAS

1. Lino HC, Diniz SG. "You take care of the Baby's clothes and I take care of the delivery" – Communication between professionals and patients and decisions about the mode of delivery in the private sector in São Paulo, Brazil. *J Human Growth Develop.* [Internet], 2015 [cited 2016 ago 28]; 25 (1): 117-124. doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.96825>
2. Reis TLR, Padoin SMM, Toebe TRP, Paula CC, Quadro JS. Women's autonomy in the process of labour and childbirth: integrative literature review. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet], 2017. [cited 2018 mar 14]; 38 (1): e64677. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64677>
3. Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) [online]. Brasília [s.d.]. [Acesso em 13 de março de 2018]. Available from: [em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/pnvuf.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/pnvuf.def)
4. Lindgren HE, Nässen K, Lundgren I. Taking the matter into one's own hands—women's experiences of unassisted homebirths in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare.* [Internet], 2017. [access in 2018 mar 14], 11: 31-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2016.09.005>
5. Koettker JG, Brüggemann OM, Knobel R. Maternal results from planned home births assisted by nurses from the hanami team in the south of Brazil, 2002-2012. *Texto Con-*

- texto Enferm. [Internet], 2017. [cited 2018 mar 14]; 26 (1):e3110015. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003110015>
6. Sowden JM, Tilden EL, Snyder JSN, Quigley B, Caughey AB, Cheng YW. Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. *N Engl J Med*. [Internet], 2015. [cited 2016 ago 23]; 373 (27): 2643 – 53. doi: <http://10.1056/NEJMsa1501738>
  7. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Ed. Revista Ampliada; 2011.
  8. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília, DF; 2012. [Acesso em 24 de jun de 2016]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
  9. Borghei NS, Taghipour A, Roudsari RL, Keramat A, Noghabi HJ. Predictors of Prenatal Empowerment Among Iranian Pregnant Women. *Electronic Physician*. [Internet], 2016. [cited 2016 nov 02]; 8 (9): 2962-2969. doi: <http://dx.doi.org/10.19082/2962>
  10. Van Haaren-ten Haken MT, Hendrix M, Smits LJ, Nieuwenhuijze MJ, Severens JL, Vries RG, et al. The influence of preferred place of birth on the course of pregnancy and labor among healthy nulliparous women: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. [Internet], 2015. [cited 2016 out 13]; 15 (33): 1-9. doi: <https://10.1186/s12884-015-0455-x>
  11. Mouta RJO, Silva TMA, Melo PTS, Lopes NS, Moreira VA. Birth plan as a female empowerment strategy. *Rev baiana enferm*. [Internet], 2017. [cited 2018 mar 14]; 31(4): e20275. doi: <https://10.18471/rbe.v31i4.20275>
  12. Treacy L, Bolkan HA, Sagbakken M. Distance, accessibility and costs. Decisionmaking during childbirth in rural Sierra Leone: A qualitative study. *Plos One*. [Internet], 2018. [cited 2018 mar 14]; 13(2): e0188280. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188280>
  13. Edqvist M, Blix E, Hegaard HK, Ólafsdóttir AO, Hildingsson I, Ingversen K, et al. Perineal injuries and birth positions among 2992 women with a low risk pregnancy who opted for a homebirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*. [Internet], 2016. [cited 2016 out 13]; 16 (196): 1-8. doi: <https://10.1186/s12884-016-0990-0>
  14. McCalman J, Searles A, Bainbridge R, Ham R, Mein J, Neville J, et al. Empowering families by engaging and relating Murri way: a grounded theory study of the implementation of the Cape York Baby Basket program. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]; 2015. [cited 2016 nov 02]; 15 (119): 1-13. doi: <https://10.1186/s12884-015-0543-y>
  15. Gaucher N, Payot A. Focusing on relationships, not information, respects autonomy during antenatal consultations. *Acta Paediatrica*. [Internet], 2017. [cited 2018 mar 14]; 106: 14-20. doi: <http://10.1111/apa.13590>
  16. Martínez-Molla T, Ruiz CS, González GS, Sánchez-Peralvo M, Méndez-Pérez G. The father's decision making in home birth. *Invest Educ Enferm*. [Internet], 2015. [cited 2016 ago 27]; 33(3): 573-583. doi: <https://10.17533/udea.iee.v33n3a22>
  17. Sodré TM, Merighi MAB, Bonadio IC. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. *Ciênc. cuid. saúde*. [Internet], 2012. [Acesso em 28 de agosto de 2016]; 11(supl.): 115-20. doi: <https://10.4025/ciencucidsaude.v10i5.17062>
  18. Castro CM. The meanings of planned home birth for women from the municipality of Sao Paulo. *Cad. Saúde Colet*. [Internet], 2015. [cited 2016 ago 24]; 23 (1): 69-75. doi: <http://10.1590/1414-462X201500010012>
  19. Coxon K, Sandall J, Fulop NJ. How Do Pregnancy and Birth Experiences Influence Planned Place of Birth in Future Pregnancies? Findings from a Longitudinal, Narrative Study. *Birth*. [internet], 2015. [cited 2016 out 13]; 42 (2): 141-148. doi: <http://10.1111/birt.12149>

---

Todos os autores participaram das fases dessa publicação em uma ou mais etapas a seguir, de acordo com as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participação substancial na concepção ou confecção do manuscrito ou da coleta, análise ou interpretação dos dados; (b) elaboração do trabalho ou realização de revisão crítica do conteúdo intelectual; (c) aprovação da versão submetida. Todos os autores declaram para os devidos fins que são de suas responsabilidades o conteúdo relacionado a todos os aspectos do manuscrito submetido ao OBJN. Garantem que as questões relacionadas com a exatidão ou integridade de qualquer parte do artigo foram devidamente investigadas e resolvidas. Eximindo, portanto o OBJN de qualquer participação solidária em eventuais imbróglis sobre a matéria em apreço. Todos os autores declaram que não possuem conflito de interesses, seja de ordem financeira ou de relacionamento, que influencie a redação e/ou interpretação dos achados. Essa declaração foi assinada digitalmente por todos os autores conforme recomendação do ICMJE, cujo modelo está disponível em [http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE\\_final\\_13-06-2013.pdf](http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf)

---

Recebido: 10/11/2016  
Revisado: 13/03/2018  
Aprovado: 12/03/2018